Inacts 1470

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES DÉCHIRURES

DES

CULS-DE-SAC DU VAGIN

AU COURS DES ACCOUCHEMENTS

N° ~~61~~ 1

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Juin 1903

PAR

Louis CONTENCIN

Né à Aix-en-Provence, le 27 Mai 1877

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . Doyen
FORGUE . . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. Puech .	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VEDEL, agrégé.
Pathologie externe	IMBERT L., agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VALLOIS	MM. IMBERT
RAUZIER	MOURET	VEDEL
MOITESSIER	GALAVIELLE	JEANBRAU
DE ROUVILLE	RAYMOND	POUJOL
PUECH	VIRES	

M. H. GOT, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président.*	MM. PUECH, *agrégé,*
ESTOR, *professeur.*	JEANBRAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Témoignage de vive affection et de profonde reconnaissance.

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

L. CONTENCIN.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

L. CONTENCIN.

AVANT-PROPOS

Nous n'avons pas la prétention d'être arrivé au terme de nos études médicales, elles n'ont pas de terme ; mais nous sommes heureux d'avoir fini notre scolarité. Ce n'est point qu'il nous eût été pénible de prolonger ce temps de Faculté et d'Hôpital que tout étudiant regrette au moment de se lancer dans une existence nouvelle. Nous emportons, au contraire, d'excellents souvenirs de notre passage dans les hôpitaux de Marseille et d'Aix, l'amitié de quelques camarades dont la consolante sympathie, dans des circonstances pénibles, nous a profondément touché. Nous serons toujours heureux de revivre en eux notre jeunesse, au lieu de nous y voir vieillir, comme le veulent les pessimistes.

Un autre sentiment nous fait remplir avec empressement la si juste consécration d'un usage : c'est la reconnaissance contractée envers nos Maîtres pour leur enseignement si utile et si dévoué, pour l'accueil toujours bienveillant que nous avons trouvé auprès d'eux. Si la vie nouvelle qui s'ouvre devant nous, loin de nous effrayer par ses responsabilités, ses peines et ses devoirs, nous tente, au

contraire, par sa noblesse et son indépendance, c'est qu'au milieu des désillusions qui nous attendent, nous espérons pouvoir toujours nous retourner vers eux. Qu'ils nous permettent d'avoir encore recours à leur appui qu'un savoir étendu, doublé d'une longue expérience, rend si précieux pour les jeunes débutants.

Nous adressons nos plus sincères remerciements à MM. les professeurs Villeneuve, Pluyette, Bidon et Boinet, dont nous avons été tour à tour l'externe et dont l'enseignement nous a été d'un si grand profit ; à MM. les professeurs Cousin, Arnaud, Oddo et, en particulier, à M. le professeur Magon, qui a bien voulu nous honorer de son amitié et nous prodiguer, durant tout le cours de nos études, de si précieux conseils.

Nous ne saurions oublier nos chefs de service de l'Hôpital d'Aix, MM. les docteurs Aude, Champsaur, Latil, Dargelos, Vadon, et particulièrement M. le docteur Casse, qui nous a encouragé à prendre le sujet de ce travail et dans le service duquel nous avons recueilli l'observation qu'il a bien voulu nous réserver.

Avant de quitter nos Maîtres de la Faculté de Montpellier, nous tenons à leur adresser l'expression de notre sincère gratitude pour leur bienveillance et la haute valeur de leurs remarquables leçons. M. le professeur Puech et M. le docteur Reynès, chef de clinique, nous ont donné de bien utiles conseils avec une amabilité que nous n'avons pas oubliée.

M. le docteur Guérin-Valmalle, ancien chef de clinique à la Maternité de Montpellier, a bien voulu s'intéresser à notre travail : il a été pour nous un guide précieux et nous lui en sommes profondément reconnaissant.

Enfin M. le professeur Forgue nous a fait l'insigne honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; qu'il veuille bien recevoir ici l'hommage de notre profonde gratitude !

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES DÉCHIRURES

DES

CULS-DE-SAC DU VAGIN

AU COURS DES ACCOUCHEMENTS

INTRODUCTION

Dans le courant de notre internat à l'hôpital d'Aix-en-Provence, nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le docteur Casse, un cas intéressant de déchirure du cul-de-sac postérieur du vagin au cours d'une version podalique. L'observation que nous avons pu prendre et l'heureuse issue qui suivit ce traumatisme, nous donnèrent l'idée d'en faire l'objet de ce travail.

Nous n'avons pas la prétention d'émettre des théories nouvelles ou d'énoncer de grands principes, le sujet ne le comporte guère par lui-même. Mais il nous a paru intéressant et peut-être utile d'assembler, en un seul chapitre de pathologie obstétricale, les notions éparses publiées sur ces accidents. Leur importance pratique est d'autant plus grande que, précisément à cause de leur rareté, au moins relative, ces déchi-

rures des culs-de-sac vaginaux ne sont pas spécialement décrites dans la plupart des ouvrages. Souvent le médecin, pris au dépourvu et ne relevant plus alors que de son expérience ou de son jugement, demeure hésitant et perplexe devant un cas qu'il n'a pas classiquement prévu.

Il faudrait avoir sur ces délicates questions une longue expérience personnelle pour en faire une étude complète et définitive. Nous ne saurions avoir pareille prétention et, si nous avons osé les aborder, c'est qu'une intéressante occasion a guidé notre choix.

On peut pratiquement distinguer trois variétés de déchirure du vagin :

1° Déchirures de l'orifice inférieur, ou vulvo-périnéales ;
2° Déchirures de la partie moyenne ;
3° Déchirures des culs-de-sac.

Les deux premières variétés sont traitées longuement dans tous les ouvrages classiques et leur étude nous entraînerait d'ailleurs trop loin. Les dernières feront seules l'objet de notre travail.

Nous pensons, sous la haute autorité de Budin, que si dans certains cas ces diverses lésions se continuent et se confondent, dans un plus grand nombre de circonstances elles existent absolument distinctes et indépendantes. Elles diffèrent aussi bien des déchirures de la partie moyenne du vagin que de celles du col de l'utérus.

Cette séparation expose peut-être à la répétition de considérations qui ne sont pas absolument spéciales aux accidents de cette région, mais elle n'a rien d'artificiel. Elle a, au contraire, un grand intérêt pratique La situation des culs-de-sac vaginaux, leur configuration anatomique, leur faible résistance et leur voisinage immédiat avec la cavité utérine, imprime à leur déchirure une gravité particulière, une évolu-

tion, des complications et un traitement à part. Le point de départ est aussi plus rationnel ; c'est, en effet, le seul point de la région qui soit en relation étroite avec tous les organes du bassin, formant pour ainsi dire un centre, une couronne de laquelle peuvent rayonner les plus nombreuses complications.

Cette question ne saurait avoir d'histoire : c'est la constatation de faits qui se sont sûrement présentés de tout temps. Peu d'ouvrages, cependant, les ont étudiés avant le siècle dernier. Il faut incriminer l'ignorance dans laquelle on était de toute notion précise de l'anatomie de ces régions : Mauriceau, au XVIIe siècle, confondait le col et le vagin.

Les culs-de-sac ne datent, pour ainsi dire, que de cent ans. Il semble cependant qu'une époque dut être singulièrement favorable à l'étude de ces traumatismes : nous voulons parler du XVIIe siècle. Le forceps, inventé par Chamberlen, faisait fureur, et nombreuses ont été les victimes des tâtonnements du début et de la révoltante brutalité avec laquelle il était alors appliqué. Si l'on joint à l'ignorance la rareté des autopsies et les bonnes raisons que l'on avait pour cacher les cas malencontreux, on s'expliquera le silence des accoucheurs de cette époque. Ces raisons sont quelque peu celles de nos jours ; aussi pourrait-on dire que les observations les plus intéressantes sont celles que l'on n'écrit pas. De temps à autre, de terribles histoires sont la triste preuve que ces cas sont plus nombreux qu'on ne croit.

Au XVe siècle, on trouve un fait, le premier peut-être, rapporté par Benivieni. Un autre est consigné par Van der Wiell dans ses « Observationes rariores (1687) »; un troisième par Thiebault en 1753. Mais ces traumatismes sont la plupart du temps confondus avec ceux de la vulve ou du col utérin, qui attirent davantage l'attention. L'an XII, Christini signale dans sa thèse l'influence des déviations de l'axe utérin sur les déchirures du vagin ; mais c'est Boër qui, le premier, a établi

une distinction sérieuse entre les accidents de ces régions. Velpeau nous cite deux cas de désinsertion utéro-vaginale ; Mme Lachapelle présente quelques considérations sur les causes par intervention. Hugenberger, en 1876, reprend les études de Boër et réunit plus de 20 cas. Enfin, en 1878, Budin, dans sa thèse d'agrégation, consacre un passage spécial aux lésions de la partie supérieure du vagin.

Le développement considérable de l'enseignement obstétrical, en France surtout, grâce à Tarnier et ses illustres élèves, date d'une quarantaine d'années. L'histoire de ces déchirures n'a d'ailleurs de réelle valeur que depuis l'antisepsie, qui seule pouvait en faciliter l'étude et permettre d'appliquer un traitement rationnel. Ne voulant pas charger inutilement notre historique, nous renvoyons à la bibliographie la liste de quelques ouvrages où sont mentionnées ces questions.

Nous avons divisé notre travail en cinq chapitres :

Le premier est consacré à l'anatomie pathologique et comprend les généralités.

Le second étudie les causes et leur mécanisme.

Le troisième est réservé à la symptomatologie et au diagnostic.

Le quatrième contient quelques notions sur l'évolution et le pronostic.

Le cinquième indique la conduite à suivre dans les différents cas.

Enfin nous donnons nos conclusions.

Nous avons intercalé nos observations dans le texte, à mesure que nous en avons jugé la place plus rationnelle, estimant que leur vrai rôle était celui d'exemples venant à l'appui de ce que l'on dit.

Nous présentons toutefois, dès maintenant, l'observation qui nous a servi de point de départ.

Observation Première

(Inédite)

Recueillie par nous sous la direction de M. le docteur Casse, chef de service à l'hôpital d'Aix, en Provence

Femme V. R..., 35 ans, garde-barrière au P.-L.-M., à Rognac ; constitution robuste ; intelligente, sans antécédents médicaux ; rien à noter chez son mari. Multipare, deux accouchements antérieurs normaux. Le premier, une fille morte à 16 mois de la rougeole. Le deuxième, fille mort-née. Rien d'anormal dans la grossesse actuelle, à terme.

Mardi 11 février 1902, premières douleurs. Une sage-femme appelée rompt la poche des eaux à 6 heures du soir en examinant la parturiente, mais n'arrive pas à faire un diagnostic, disant que le fœtus est encore trop haut. Les douleurs cessent, la parturiente fait les préparatifs nécessaires pour l'accouchement, se recouche et s'endort vers 11 heures du soir.

Mercredi 12, à 4 heures du matin, en se levant pour uriner, elle s'aperçoit de la procidence d'une main à la vulve. Un médecin est alors requis, lequel constate une présentation de l'épaule et tente une version qui ne réussit pas. Le docteur Casse, mandé en toute hâte, arrive à midi. La parturiente déclare ne pas pouvoir supporter un examen approfondi. La chloroformisation est obtenue après quelques difficultés. Le docteur Casse, après les précautions et asepsie nécessaires, diagnostique une présentation acromio iliaque gauche, épaule gauche ; le fœtus ne donne plus signe de vie, la version est commencée et il s'est produit une légère hémorragie.

Il termine rapidement la version, mais la tête est retenue par un commencement de contracture du col, légère tétanisa-

tion qui enserre le cou du fœtus. De vigoureuses tractions et la manœuvre de Mauriceau en ont cependant raison. Fœtus bien constitué, sexe masculin. Délivrance artificielle, placenta normal.

En procédant à une injection intra-utérine, la main gauche qui conduit la canule rencontre, au-dessous et en arrière de l'ouverture du col rétracté, une autre ouverture dans laquelle on peut facilement introduire deux doigts. L'exploration permet de sentir la face postérieure de l'utérus et, plus en arrière, à travers le péritoine intact mais décollé, l'intestin dans le cul-de-sac de Douglas. L'hémorragie s'est arrêtée. Le docteur Casse renonce à l'injection et, devant les conditions plutôt défavorables du milieu, ordonne le transfert de la malade dans son service à l'hôpital d'Aix. Nous la recevons à 8 heures du soir et la faisons immédiatement transporter à la salle d'opération.

La malade éprouve une fatigue bien naturelle ; mais son état général est meilleur qu'on ne pouvait espérer après 3 heures de route, sous la pluie, sur un matelas au fond d'une charrette ; pouls 104, température 37°9 ; le ventre est souple et peu douloureux, un suintement plutôt qu'une hémorragie s'écoule par la vulve. Anesthésie facile au chloroforme ; la toilette externe est faite, la vulve rasée.

Les valves mises en place, le docteur Casse examine la lésion. Le col de l'utérus est œdématié, sa lèvre postérieure est coupée par une déchirure peu profonde allant rejoindre à angle droit le milieu d'une déchirure du cul-de-sac postérieur, véritable désinsertion utéro-vaginale de forme semi-lunaire, ayant une étendue d'au moins 4 centimètres.

Sans faire injection ni lavage, le pansement consiste à cautériser la cavité utérine et la plaie avec un tampon imbibé de teinture d'iode, monté sur une longue pince. Drainage de la cavité utérine avec une mèche de gaze iodoformée. Drainage

de la plaie au moyen de deux drains en caoutchouc ; les vides laissés par les drains et le vagin sont bourrés de gaze iodoformée. Pansement vulvaire au coton stérilisé maintenu par un bandage en T.

La malade est transportée dans un lit préalablement chauffé, vessie de glace sur le ventre. Injection de sérum physiologique, un litre, avec caféine et sérum de Marmorek, 20 centimètres cubes.

Le réveil est calme, à peine troublé par deux ou trois légers vomissements. Champagne, glace et eau de Vichy comme régime. Dans la nuit, la malade ne dort pas, mais ne souffre pas ; une légère diarrhée oblige à changer le pansement superficiel.

Jeudi 13, matin. — T. 37. P. 86. Etat général bon, le ventre est à peine douloureux et ballonné. — Calomel, 0 gr. 30 en trois prises. Nouvelle injection des deux sérums, même régime en y ajoutant du lait. — Soir: T. 37. P. 86.

Vendredi 14, matin. — T. 36,6. P. 80. Etat général toujours bon. Les douleurs abdominales disparaissent, mais la diarrhée persiste, accompagnée de quelques coliques. Les drains et la gaze sont remplacés ; il n'y a pas de pus, mais une odeur particulière qui en présage la formation.

Même traitement, même régime : soir, T. 37,2. P. 84. La température n'a rien présenté de remarquable pendant toute la durée du traitement et s'est toujours maintenue dans les environs de 37° ; le pouls entre 70 et 80.

Samedi 15. — Ventre plus souple, pas de calomel ; mêmes régime et traitement.

Lundi 17. — Pansement. La gaze utérine est retirée absolument propre ; nouvelle cautérisation à la teinture d'iode ; une faible suppuration souille les drains et la gaze vaginale.

Mardi 18. - On supprime les sérums et la vessie de glace. Le ventre est souple.

Jeudi 20. — Le pus n'a laissé que des traces. L'aspect de la plaie est aussi bon que possible, le processus de réparation se fait bien, les drains ne sont pas replacés ; simple tamponnement à la gaze iodoformée. La malade commence à s'alimenter.

Mardi 25. — La plaie est en bonne voie de cicatrisation, il s'en écoule un léger suintement séreux. Lavage phéniqué à 10/1000, tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

Lundi 3 mars. — L'utérus est bien revenu sur lui-même, la déchirure du col n'est plus qu'une érosion presque cicatrisée. La plaie vaginale est à peu près complètement comblée. Nouveau lavage phéniqué.

A partir de ce moment, les pansements sont supprimés et remplacés par des injections vaginales quotidiennes avec de l'eau bouillie et sous faible pression.

La malade ne souffre pas, a bon appétit, augmente de poids. Elle commence à se lever et quitte l'hôpital quelques jours après, complètement guérie.

Nous avons eu l'occasion, avec le docteur Casse, de revoir la femme V... R.., à la fin du mois de mai 1903. Elle nous a déclaré ne s'être jamais aussi bien portée. Elle est de nouveau enceinte.

Il est difficile de dire à quel moment se sont produites les déchirures que l'on a constatées. Il est probable que la désinsertion a été faite pendant la première tentative de version ; la main, en voulant pénétrer dans l'utérus, a refoulé celui-ci qui, tirant sur le vagin, s'en est séparé au niveau de son insertion. La déchirure superficielle du col, au contraire, paraît résulter des tractions exercées pour dégager la tête retenue par la contracture du col.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Sans nous étendre longuement sur l'anatomie de la région, il est peut-être utile de rappeler en quelques mots la topographie de la partie supérieure du vagin. Nous verrons ensuite quelques considérations intéressantes au point de vue qui nous occupe.

Lorsqu'on introduit le doigt dans le vagin, on sent nettement que l'extrémité supérieure de ce conduit n'est pas tendue sur la partie inférieure de l'utérus, mais qu'elle forme tout autour du col une dépression circulaire plus ou moins marquée.

Cette dépression, espace virtuel, simple sillon plutôt à l'état de vacuité par suite de l'affaissement des parois, devient, lorsqu'elle est distendue, une véritable gouttière. Elle a été divisée en quatre régions appelées culs-de-sac, antérieur, postérieur et latéraux, droit et gauche. Cette division n'est basée sur aucune limite anatomique, mais sur l'orientation des différentes parties de la rigole.

La paroi vaginale, d'une épaisseur moyenne d'un demi-centimètre, s'amincit légèrement au niveau des culs-de-sac. Leur structure comprend : une tunique externe de soutènement, fibreuse, dense et élastique ; une tunique moyenne musculaire dont les fibres circulaires sont moins abondantes à

ce niveau que dans le reste du vagin et dont les fibres longitudinales, plus externes, se continuent avec la tunique homonyme de l'utérus ; enfin, une tunique interne muqueuse, épaisse d'un millimètre, lisse, très adhérente à la couche musculaire ; très résistante et élastique à la fois, elle constitue la véritable barrière du vagin. Elle se prolonge sur le museau de tanche qu'elle recouvre. On voit qu'il y a mieux qu'un simple rapport de contiguïté entre l'utérus et le vagin, mais une véritable continuité tout autour de la portion moyenne du col.

Cette parenté est encore accentuée par ce fait que la grossesse imprime à la tunique musculaire des culs-de-sac les mêmes modifications qu'à la tunique homonyme de l'utérus. C'est à cette fusion circulaire, oblique de haut en bas et d'arrière en avant, que l'on a donné le nom d'insertion utéro-vaginale.

Ces organes, ou plutôt ces segments d'organe, sont plongés dans une atmosphère de tissu cellulaire dense et élastique. Il remplit les vides laissés sous le péritoine entre eux et les organes voisins dont il assure l'indépendance et le soutien. Les Allemands, à la suite de Virchow, désignent ce tissu sous le nom de *parametrium ;* il entoure le col, coiffe les culs-de-sac et s'étend de chaque côté, comme deux ailes, dans les ligaments larges.

Le cul-de-sac antérieur est, à l'état normal, à peine marqué. Limité en arrière par le col, il se continue sur les côtés avec les culs-de-sac latéraux. Sa paroi antérieure est adossée à la face postérieure de la vessie, sur une étendue de trois centimètres environ, formant la cloison vésico-vaginale qui mesure un centimètre d'épaisseur. Le milieu de la cloison est formé par du tissu conjonctif, qui, tout en permettant le jeu des organes voisins, offre cependant une certaine densité. Dans cette cloison aboutissent les artères vésico-vaginales, un

abondant réseau veineux et l'uretère. Les rapports de ce conduit avec le cul-de-sac antérieur sont généralement assez éloignés, puisqu'il est encore à cinq millimètres en dehors de la cloison vésico-vaginale au moment de s'accoller à la vessie et d'y pénétrer. Dans les cas où le tissu celluleux rétrovésical est peu abondant, l'uretère peut cependant adhérer si intimement à la paroi vaginale que la dissection même en devient difficile (Hallé). Ce tissu celluleux diminue à mesure que l'on descend, au point de ne plus laisser qu'une cloison commune, la cloison urétro-vaginale. Le fond du cul-de-sac antérieur regarde le péritoine, dont il est séparé par une couche épaisse de tissu conjonctif mesurant 2 à 3 centimètres ; moins dense, plus décollable, il se laisse plus facilement infiltrer et lacérer. Dans certains cas exceptionnels, l'âge avancé et la multiparité, le péritoine, qui, à l'état normal, passe directement de la face postérieure de la vessie sur la face antérieure de l'utérus, descend et forme un cul-de-sac préutérin, se mettant alors en rapport avec le fond du cul-de-sac antérieur.

Le cul-de-sac postérieur, situé un peu plus haut que l'antérieur, est plus profond. Il mesure environ 2 centimètres, mais certaines causes lui font acquérir des dimensions plus considérables. Il regarde en bas et légèrement en arrière. Sa paroi antérieure est formée par le col de l'utérus ; il se continue par côté avec les culs-de-sac latéraux. Le péritoine recouvre sa paroi postérieure sur une étendue de 1 à 2 centimètres ; de là il se réfléchit sur le rectum pour former le cul-de-sac de Douglas, laissant la paroi postérieure former avec le rectum la cloison recto-vaginale. Entre le cul-de-sac et le péritoine se trouve une mince couche de tissu celluleux qui devient plus abondante en remontant, mais reste toujours moindre que dans le cul-de-sac antérieur. Ce tissu, extrêmement lâche, permet au vagin de se distendre très lar-

gement. Il se dédouble facilement au point de permettre, comme l'a vu Verneuil, la formation d'hygromas. Il se laisse aussi aisément infiltrer et déchirer ; mais, par contre, assure au péritoine et aux abondants réseaux veineux qu'il contient, une heureuse indépendance.

Les culs-de-sac latéraux présentent, selon les points où on les considère, les caractères des deux régions entre lesquelles ils forment transition. Ils n'auraient pas d'autre intérêt sans l'importance de leurs rapports. Ils sont solidement doublés et soutenus par le tissu très dense des ligaments larges. C'est une région très vasculaire ; on y trouve des réseaux veineux abondants, l'artère vaginale avant sa bifurcation et l'utérine. Cette dernière descend le long du col ; arrivée à 15 millimètres en dessus et en dehors du cul-de-sac latéral, elle forme une anse, appelée crosse de Charpy, et passe par dessus l'uretère, le croisant en X. Des vaisseaux lymphatiques abondants montent du vagin et se réunissent à ceux du col pour former deux troncs volumineux qui se rendent aux ganglions latéro-pelviens.

Enfin l'uretère entre en rapport avec le cul-de-sac latéral après avoir croisé l'utérine, se dirige en bas et en avant, se rapprochant peu à peu de l'uretère du côté opposé jusqu'à 4 centimètres ; il passe alors dans les rapports du cul-de-sac antérieur. Parfois ses rapports avec le cul-de-sac latéral sont assez intimes pour que, dans certaines circonstances, sclérose, inflammation, le toucher vaginal permette de le sentir.

Ces données anatomiques nous permettent de tirer certaines conclusions pathologiques relatives à la nature des traumatismes que nous avons en vue. Les déchirures peuvent intéresser toutes les régions, mais il y a pour chaque cul-de-sac une susceptibilité particulière, une sorte de responsabilité traumatique.

Le cul-de-sac antérieur, par sa situation rétropubienne

et son peu de profondeur, est peu exposé aux fausses routes. Il est solidement soutenu par le pubis et la cloison vésico-vaginale, et d'autant moins sujet aux déchirures, qu'au cours de l'accouchement normal il supporte peu de distension. Par contre, si le travail est pénible et long, il subit un traumatisme qui lui est presque exclusif : la portion du tissu comprimée entre deux plans résistants, fœtal et maternel, se déchire et se sphacèle. Il est aussi le plus exposé après la symphyséotomie, parce qu'il est tiraillé et n'a plus son soutien normal.

Les déchirures du cul-de-sac antérieur s'étendent rarement au péritoine qui peut fuir, mais plus souvent au col de l'utérus et à la vessie. Le grand développement des réseaux veineux rend dangereuses les plaies de cette région.

Le cul-de-sac postérieur est le plus exposé et le plus souvent atteint, 8[12 des cas d'après Mondière. Son élasticité n'a habituellement pour limite que la ceinture osseuse qui l'entoure ; mais, par contre, il est le plus distendu et aminci dans l'accouchement. Mal garanti, mal soutenu, il est le plus souvent touché par toutes les causes capables de modifier l'élasticité des tissus. Sa profondeur et sa situation au sommet d'un angle ouvert en avant, formé par l'axe du vagin et celui de l'utérus, le désignent fatalement aux fausses routes (Madame Lachapelle, *Pratique d'accouchement,* t. 1, p. 443), au séjour prolongé de corps étrangers ou de liquides irritants ou septiques, aux diverses localisations pathologiques.

Il est aussi le plus exposé dans les diverses manœuvres obstétricales et accidents de toutes sortes. Les déchirures n'ont pas dans le cul-de-sac postérieur de localisation bien spéciale, elles ne sont pas rejetées sur les côtés, comme plus bas, par la colonne vaginale postérieure qui n'existe plus à ce niveau. La déchirure, une fois la barrière muqueuse franchie.

lacère facilement le tissu celluleux et peut intéresser le péritoine. On en comprend l'importance et la gravité.

Les culs-de-sac latéraux offrent une grande résistance mais peu d'élasticité, car le tissu qui les double est serré au point d'empêcher les injections des artères (Poirier). Les déchirures en sont dangereuses, à cause des complications vasculaires, nerveuses et organiques qu'elles peuvent entraîner. La grande vascularité en fait une région redoutable que l'on évite en chirurgie. Parmi les déchirures des culs-de-sac latéraux, il en est un certain nombre qui sont une simple prolongation des déchirures du col, la plupart du temps latérales.

Les déchirures des culs-de-sac n'ont qu'une apparente rareté. Malgré l'avis d'Hugenberger, on peut dire avec Coffinières, Devillez, Dubois et son contemporain William Galdod, qu'elles sont fréquentes. Elles passent le plus souvent inaperçues parce que les symptômes n'en sont pas toujours bien évidents et l'évolution peu théâtrale. Une issue malheureuse est mise facilement sur le compte d'une infection banale ; l'antisepsie la plus simple permet d'ignorer les cas bénins. D'ailleurs, grâce à cette antisepsie courante, grâce aux progrès de l'art obstétrical, au perfectionnement des instruments et surtout aux mesures préventives, elles auront moins de chance de se produire.

Nous n'avons pas de statistique récente sur la fréquence et la gravité des déchirures des culs-de-sac. Celle de Ludwig (58 cas), celle de Hugenberger (39 cas), portent plutôt sur les déchirures du vagin en général.

La force à déployer serait aussi un intéressant sujet d'étude, mais trop variable selon les cas, les recherches ne sont pas pratiquement réalisables. La force des contractions utérines a été évaluée à 10 kilos (Ribemont). Dans un cas de déchirure d'un col résistant, la force de pression a été évaluée par Commandeur à 40 kilos.

Les déchirures acquièrent, selon leur mode de production, des formes différentes dont voici les principaux types :

1° Perforation, due à une fausse route d'instrument piquant, à la présence de pointes osseuses, siège surtout dans le cul-de-sac postérieur ; ses dimensions sont celles d'une boutonnière ou d'une piqûre, les bords en sont généralement nets et peu écartés ; se fistulise facilement si elle communique avec la vessie ou l'intestin.

2° Déchirure longitudinale, très fréquente, soit par prolongement d'une déchirure du col ou de la vulve, soit par éclatement, par tranchant d'instrument, siège surtout dans les culs-de-sac latéraux et antérieurs ; selon la cause, les bords sont nets ou irréguliers ; peut être de dimensions minimes ou devenir un véritable cloaque recto ou uro-génital.

3° Déchirure transversale, de beaucoup la plus fréquente, d'origine spontanée ou chirurgicale, siège surtout dans le cul-de-sac postérieur et peut s'étendre très loin dans les ligaments larges ; elle est très variable d'aspect selon ses causes.

4° Déchirure oblique, n'est qu'une transition entre les deux précédentes.

5° Déchirure mixte ou combinée, participe à la nature des unes et des autres, est toujours plus ou moins irrégulière, formant des lambeaux qui flottent dans le vagin ; résulte d'une action complexe, d'une déchirure simple déviée par une cicatrice ou une induration ; revêt des formes différentes X, V, L, T ; il ne faut pas confondre le T vaginal avec le T utéro-vaginal dont on trouve un exemple dans notre observation première.

6° Circulaire, constitue la véritable désinsertion utéro-vaginale, partielle ou totale selon qu'elle atteint une partie des culs-de-sac (généralement le postérieur comme dans notre observation première) ou qu'elle détache complètement l'uté-

rus du vagin (cas de Hugenberger, Velpeau, Barbant). Les désinsertions sont généralement dues à des actions directes de la main ou des instruments, des tractions violentes, parfois aussi spontanées.

Il faut rapprocher de ces cas ceux où le col est arraché du vagin et de l'utérus.

7° Plaies contuses dues à des compressions fortes et prolongées, décollements interstitiels, produits par le passage à frottement dur, du fœtus, dans la filière pelvi-génitale.

Les vastes déchirures compliquées n'ont pas de forme ; elles s'accompagnent souvent de pertes de substance, de véritables calottes de tissus emportées par le fœtus, ou arrachées par l'instrument ou la main. Ce ne sont plus des déchirures des culs-de-sac, mais de vastes délabrements pelviens (Budin).

Les déchirures ont des caractères si divers qu'il est bon de mettre de l'ordre dans leur étude. L'étiologie nous fournit une première division facile et imagée. Nous avons : 1° les déchirures d'origine spontanée ou naturelle ; 2° déchirures par intervention.

Mais cette classification a l'inconvénient de ne rien présumer du traumatisme lui-même, aussi faut-il lui adjoindre une autre divison basée sur l'étendue de la lésion. Cette lésion s'étend depuis la simple fissure, l'éraillure superficielle d'une muqueuse distendue, jusqu'aux ruptures complètes du vagin avec lacération du péritoine et des organes voisins.

Nous aurons : 1° les déchirures incomplètes limitées à une partie de l'épaisseur du vagin ;

2° Complètes, atteignant toute cette épaisseur ;

3° Compliquées, s'accompagnant de lésions des organes voisins : utérus, vessie, uretère, intestin, péritoine, ligaments, vaisseaux et nerfs importants.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE ET MÉCANISME

Les causes qui peuvent produire les déchirures des culs-de-sac vaginaux, ou les favoriser, sont nombreuses et variées.

Les unes, prédisposantes, agissent par les modifications qu'elles apportent aux propriétés des tissus de la filière, modifications histologiques qui ont leur répercussion sur la résistance et l'élasticité des parties molles, ou encore faussent les rapports par diverses anomalies.

Les autres, efficientes, agissent directement sur les tissus par des pressions venues soit de l'intérieur (spontanées), soit de l'extérieur (chirurgicales). Mais les diverses causes sont la plupart du temps associées, et il est difficile autant qu'arbitraire de dire la part qui revient à chacune d'elles ; aussi, le succès de l'accouchement étant sous la dépendance de certaines conditions tenant à la mère, au fœtus et à l'accoucheur, il est plus logique et plus pratique d'étudier successivement l'influence de ces trois facteurs.

Causes Maternelles

Nous ne faisons que mentionner au début l'indocilité de la parturiente. Les mouvements désordonnés, provoqués par la peur ou la douleur, prédisposent aux déchirures par la gène

considérable apportée à l'accouchement et surtout à toute intervention. Cette indocilité peut être due à des crises éclamptiques, hystériques, etc. La plupart des causes locales jouent un rôle mixte, elles se rattachent à l'état du bassin et des parties molles.

Bassin. — Au moment de sa distension, le canal formé par les parties molles vient s'appliquer contre la ceinture osseuse qui l'entoure; celle-ci devient alors le véritable conduit.

L'influence des vices de conformation du bassin sur la marche de l'accouchement a été, depuis les premières remarques de Peutet Mauriceau au XVIIe siècle, minutieusement étudiée en obstétrique, avec raison d'ailleurs, car c'est une des plus fréquentes et des plus sérieuses causes de dystocie.

C'est aussi une importante cause de déchirures des culs-de-sac, par suite de dimensions, productions anormales et des manœuvres qu'elles nécessitent.

Les bassins larges permettent l'expulsion trop rapide du fœtus : celui-ci arrive sur les culs-de-sac insuffisamment préparés, les dilate brusquement et les déchire d'autant plus largement que l'utérus se contracte plus fort. Il se produit parfois aussi le mécanisme suivant commun à toutes les disproportions : la partie fœtale n'arrivant pas à s'engager sérieusement ne peut remplir le détroit; le col n'est pas retenu contre la paroi du bassin et, attiré par les contractions utérines, remonte au-dessus de la tête ; la partie supérieure du vagin ne pouvant suivre ce mouvement ascensionnel, se désinsère.

Les bassins larges sont rares ou passent inaperçus ; il n'en est pas de même des bassins rétrécis pour lesquels on est mieux averti. On distingue les bassins généralement rétrécis et les bassins viciés dans leur forme, avec prédominance du

rétrécissement sur tel ou tel diamètre. Dans un bassin rétréci, la tête ne pouvant s'engager dans le détroit supérieur, il y a désinsertion par le mécanisme que nous avons vu tantôt et que nous retrouverons encore plus loin (obs. de Duparcque, t. II, p. 219, Maladies de la matrice).

Cette théorie, combattue au Congrès de gynécologie de Vienne en 1895, est admise par de nombreux auteurs dans tous les cas où il y a disproportion entre la partie fœtale qui se présente et l'entrée du bassin (Duparcque, Michaélis, Hugenberger, Freund 1892).

Les forts retrécissements sont généralement diagnostiqués à l'avance ou éveillent l'attention par l'opposition absolue qu'ils mettent à l'accouchement, et le médecin n'attend pas qu'un évènement malheureux se produise pour intervenir. Les bassins légèrement insuffisants ou asymétriques exposent davantage aux traumatismes des parties molles, car, s'il est de la pratique courante de mesurer le diamètre utile, c'est souvent le seul renseignement que l'on prend. L'engagement se fait péniblement, mais il se fait et l'accouchement a lieu au prix souvent de l'intégrité des organes maternels ou fœtaux.

Le col a surtout à souffrir de cet écrasement entre deux plans résistants, mais il peut être attiré au-dessus de la tête fœtale avant d'être coincé, la lésion porte alors sur la partie supérieure du vagin. Il en est ainsi dans le cas où l'utérus est retenu au-dessus du détroit supérieur par un faux promontoire lombaire, une tumeur osseuse ou une déviation utérine qui maintiennent le cul-de-sac en rapport avec le détroit ou même au-dessus.

Les productions anormales sont d'autant plus dangereuses qu'elles passent facilement inaperçues. La syphilis, le rachitisme, l'ostéomalacie, les ostéites de toute origine, en sont les causes principales. Le vagin peut être véritablement

perforé par des saillies anormales, épines (bassins épineux), exostoses (cas de Hofmeier), faux promontoire, esquilles, pointe de fracture mal coaptée.

Des saillies normales peuvent devenir de véritables pointes et des crêtes mousses de véritables lames ; tels sont les cas de promontoires trop saillants (cas de Veit, Berlin, Handbach der Godertshülse in müller, 11 Band 1889, p. 165, observation de Mme Lachapelle, Mémoires, t. III, p. 510) des épines pubiennes, des arêtes du pubis après symphyséotomie, des ailerons du sacrum, de la ligne innominée, de l'éminence iliopectinée (cette dernière viciation n'est pas rare : Depaul en a trouvé quatre cas sur 80 bassins), enfin des épines sciatiques.

Les lésions sont généralement en rapport, comme étendue et situation, avec l'anomalie osseuse qui les ont provoquées, la force des contractions utérines, la résistance du plan fœtal et la qualité des tissus interposés. Il est cependant des cas où l'on est surpris de trouver de la disproportion ou un défaut de parallélisme ; cela s'explique par le glissement du vagin au cours de l'accouchement (Freund).

Vagin. — Bien qu'il soit le siège de légères contractions, le vagin est considéré comme un organe passif. Nous avons vu qu'il peut se laisser distendre sans danger au point de n'avoir pour limite que les parois de l'excavation. Cette extensibilité, lorsqu'elle est mise en jeu d'une façon progressive, peut acquérir des proportions encore plus extraordinaires. On peut en juger par le cas de Kauffmann rapporté par Ludwig dans son travail sur les déchirures du vagin pendant l'accouchement, chez une femme à laquelle on avait fait une vagino-fixation un an auparavant, le vagin dépassait le petit bassin et s'étendait à droite jusqu'au rebord costal. Et cet autre cas où Abel, chez une femme qui

avait subi une hystéropexie, fut obligé, pour atteindre le col pendant le travail, d'introduire tout l'avant-bras dans le vagin.

Cette élasticité naturelle, développée par l'hypertrophie et le ramollissement dus à la grossesse, n'est cependant pas illimitée.

Elle exige, pour son plein jeu, le concours de l'intégrité des tissus et toute liberté d'extension. Certaines causes congénitales ou acquises, d'ordre physiologique ou pathologique, peuvent l'entraver.

Nous rappelons, au début, que les culs-de-sac sont des points faibles, le tissu vaginal s'y amincit, et cet amincissement est encore souvent exagéré par les nombreuses déviations utérines.

Il est inutile d'étudier en détail les aspects si variés des anomalies ou malformations congénitales. Il y a une trop grande liberté de conception, et, de plus, les cas extrêmes s'accompagnent généralement d'autres anomalies des organes génitaux, qui rendent impossibles les rapports sexuels ou la fécondation.

On rencontre surtout de l'infantilisme ou des atrésies congénitales. Mais la physiologie obstétricale a ses grâces : si leur texture est normale, ils cèdent, en général, très bien sous l'influence de la grossesse, s'écartent parfois au dernier moment, ou se laissent distendre assez pour permettre le passage du fœtus, souvent, d'ailleurs, plus petit lui aussi. On cite des cas de vagin de la dimension d'une plume d'oie, par lesquels sont passés des fœtus normaux (cas de Riolan). Ces questions ont été étudiées longuement par Estienne (thèse 1845).

L'arrêt de développement peut être limité aux culs-de-sac, le postérieur surtout. Il est tout naturel que, vu leur manque de profondeur, ils s'amplifient moins et se déchirent. Les vagins courts sont aussi moins extensibles.

Les cloisonnements congénitaux sont plus ou moins épais et étendus. Ils varient depuis la simple bride, la corde vaginale limitée au cul-de-sac, jusqu'au cloisonnement complet divisant le vagin dans toute sa hauteur.

Ils ne sont pas toujours des obstacles sérieux, s'écartent ou se déchirent (cas de Dünning). Ils peuvent cependant résister, la tête fœtale est alors arrêtée, déviée, et, si la pression utérine est suffisamment forte, énucléée à travers les culs-de-sac.

La résistance est habituelle avec les atrésies acquises, les sténoses cicatricielles ou inflammatoires. Elles ont été étudiées par Freund, Ardoin (1889). Voir aussi l'article de A. Brindeau dans l'*Obstétrique de Paris* (1901). Les cicatrices restreignent la lumière du vagin et en faussent l'axe ; elles forment parfois de véritables diaphragmes (obs. II de A. Brindeau, l'accouchement fut possible sans débridement), elles agissent par la rétraction propre de leur formation, par les adhérences qu'elles font naître entre des points normalement indépendants (soudure des granulations de deux plis dans la vaginite granuleuse, Veit), par les brides fibreuses qu'elles créent. Dans un cas de Johnston et Sinclair (*Pratical Midwifery,* London, 1858, p. 439), des brides fibreuses rendirent l'accouchement impossible, et, malgré les incisions pratiquées, il se produisit une vaste déchirure des culs-de-sac postérieur et gauche.

Le tissu cicatriciel est d'une friabilité particulière tenant à son défaut de nutrition, inextensible et dur. Les déchirures, cependant, occupent rarement la cicatrice elle-même, mais ses bords, parce que l'adhérence entre le tissu sain et cicatriciel est plus faible encore que ce dernier n'est friable. Il n'est pas modifié par la grossesse comme le reste du vagin. Tarnier, en 1889, à propos de deux cas de déchirure du col, a bien mis en lumière la prédisposition

créée par des cicatrices antérieures. Ce qu'il appelle l'action rupturante se fait surtout sentir dans les cas de cicatrices irrégulières.

Cette prédisposition varie naturellement aussi avec le siège et l'étendue de la cicatrice, mais non avec son origine, qu'elle soit accidentelle (bris de canule, introduction de corps étrangers comme dans le cas de Harverkamp : une servante de brasserie s'était introduit dans le vagin un tuyau de pipe de 10 centimètres, la cicatrice mit obstacle à l'accouchement), chirurgicale (incisions diverses) ou thérapeutique (cautérisations, injections corrosives, cas de Puech, Collinet ; cas de Mangiagalli, dans lequel on avait voulu détruire un cancer envahissant le vagin). Remarquons, en passant, que le cul-de-sac postérieur est non seulement le plus exposé, mais aussi choisi de préférence pour les interventions chirurgicales par la voie vaginale ; il est dans un véritable cercle vicieux.

Il existe aussi un rétrécissement vaginal d'ordre réflexe, souvent lié aux affections des organes génitaux. Ce vaginisme supérieur, dû à la rétraction spasmodique du coccy-périnéal, apporte parfois un obstacle sérieux à l'accouchement.

En dehors des aplasies généralisées, il peut exister de véritables noyaux d'induration disséminés. La pression est alors inégalement supportée, et les parties faibles, plus distendues ou moins extensibles, cèdent plus rapidement.

Toutes les inflammations, traumatiques ou microbiennes, concourent à amoindrir la résistance des culs-de-sac. Elles amènent des modifications histologiques, des processus scléreux ou des pertes de substance qui affaiblissent d'autant plus le vagin qu'elles portent sur la muqueuse.

Parmi les inflammations d'origine traumatique, il faut citer celles dues à l'accouchement lui-même, aux manœuvres réitérées ou violentes, aux injections trop chaudes, aux

injections corrosives auxquelles on avait recours autrefois pour provoquer l'avortement. Certains coïts violents ou disproportionnés, vrais traumatismes, prédisposent particulièrement aux déchirures du cul-de-sac postérieur dans lequel l'organe viril s'achemine naturellement (fausse route vaginale de Pajot). On cite des cas où il n'en fallut pas davantage pour produire des déchirures du vagin avec pénétration dans le cul-de-sac de Douglas ou le rectum. L'homme n'est pas le seul responsable ; d'après Warmann (*Centralbl. f. Ginoek.*, juin 1897, n° 24, p. 736), il faut incriminer aussi la trop grande impétuosité apportée par la femme à l'acte vénérien.

Les différents degrés de prolapsus utérin prouvent déjà une certaine faiblesse de la partie supérieure du vagin qu'ils peuvent convertir en sillons profonds ou stagnent des exsudats septiques qui enflamment et ulcèrent la muqueuse.

Des corps étrangers longtemps oubliés dans les culs-de-sac vaginaux peuvent provoquer de la dilatation d'abord, puis des ulcérations et des suppurations. Il y a des exemples vraiment incroyables : une éponge restée pendant 4 ans (Braquehaye), un pessaire 34 ans (Breisky), un pot de vaseline 2 ans (Le Dentu, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1895), un autre 16 ans (Segond). Ces corps peuvent s'enkyster ou s'entourer de concrétions calcaires formant de véritables pierres vaginales (Richelot).

Plus communes encore sont les inflammations d'origine microbienne. On sait que le vagin est l'hôte habituel de microbes particuliers (leptotrix, amœba vaginalis) et ordinaires, souvent entretenus par la négligence de la femme. Bien qu'il ne s'agisse vraisemblablement que de la recrudescence d'une infection latente, on admet aussi une vaginite spéciale aux femmes enceintes. Mais la gonococcie est le point de départ le plus fréquent. Les culs-de-sac sont les lieux de prédilection où les infections aiment à se cantonner. Les troubles

provoqués ont une marche différente selon les diverses vaginites, mais en résumé la muqueuse se congestionne, s'infiltre, suppure et s'ulcère; il se produit parfois une véritable desquamation de l'épithélium ou de la gangrène. Le derme franchi, l'intégrité des tissus qu'il abritait n'est plus sauvegardée et l'inflammation se propage jusqu'au tissu celluleux qu'elle modifie à son tour.

La tuberculose et plus souvent la syphilis provoquent parfois des ulcérations vaginales (Morel, Obs. XXVIII). On connaît la friabilité particulière du tissu cancéreux ; dans sa classification de la friabilité des tissus, Freund la place en tête avant les cicatrices.

Syphilis et cancer agissent aussi comme tumeur, ce terme désignant ici le « tout ce qui est gros » des anciens : néoplasme, kyste, abcès, épanchements même. Les tumeurs ont toutes à peu près la même action : modification des tissus, distension exagérée des culs-de-sac, trouble de l'élément direction (Budin), présentations vicieuses, lenteur ou impossibilité de l'accouchement entraînant des interventions dangereuses.

Le chancre induré du vagin est très rare. M. Chaleix-Vivie a publié un joli cas de chancre vaginal dystocique (*Revue mens. de gynéc. obst. et péd.*, de Bordeaux 1900, II, p. 501).

Les tumeurs fibreuses, fréquentes dans l'utérus, sont rares dans le vagin ; la grossesse leur imprime rarement la marche galopante de Pozzi ; elles se ramollissent, peuvent même regresser et disparaître. Le ramollissement est parfois presque instantané (Tarnier).

Le cancer au contraire assombrit considérablement le pronostic, la grossesse lui donne souvent un véritable coup de fouet. Il agit surtout par la friabilité extrême de son tissu Le cancer du vagin, malgré l'opinion de Cruveilhier, peut être primitif (cancer du cul-de-sac latéral, Richelot ; cancer

des culs-de-sac consécutif au séjour prolongé d'un pessaire, Hégar), il se localise de préférence dans le cul-de-sac postérieur ou prend parfois la forme annulaire. Mais il est plus souvent secondaire, dû à la propagation ordinairement rapide d'un cancer du col. Il rend excessivement dangereux toute intervention. Dans une observation de Galabin (*Obstetrical transactions of London*, XVIII, 1876, p. 239), où l'on avait affaire à un cancer du col et du vagin, malgré la basiotripsie, il se produisit une déchirure de la partie supérieure du vagin avec communication vésico-vaginale.

Signalons encore, d'après Freund, la trop grande sécheresse des parois vaginales. Elle résulte généralement des lavages fréquents qui nettoient trop bien le vagin de son enduit visqueux. Le vagin « se moule comme un tricot sur la tête », lui adhère étroitement ; la muqueuse ne laisse plus glisser le fœtus, mais, entraînée avec lui, se décolle des plans profonds et finit par se désinsérer pour se retourner en doigt de gant.

Utérus. — L'utérus a un rôle actif. Il est le principal agent des déchirures spontanées. Son inertie prolonge le travail et nécessite souvent des interventions, nous en retrouverons plus tard les effets. Les contractions trop fortes agissent au contraire par la trop rapide progression du fœtus qui arrive avec violence sur les culs-de-sac et les fait éclater sans leur laisser le temps de se dilater (4e obs. de Smith, *Médic. chir. Transac.*, XIIIe volume, 2e partie, 1827 ; Ingleby, *London-Medical repository*, t. XIII. Désinsertion et rupture transversale du vagin sur 15 centimètres d'étendue ; obs. Thiriar : *Rev. méd. belge*, Bruxelles. 1880, p. 141). Le même fait se produit lorsqu'un obstacle tenant au col vient à céder brusquement. Dans certains cas l'utérus est pour ainsi dire impatient de se

débarrasser de son contenu et accumule ses efforts dans ce but.

La longue durée de la pression vient parfois s'ajouter à la force pour déchirer les parties molles dont l'endurance n'est pas illimitée. Il faut indiquer un troisième élément : la brusquerie; le vagin est alors déconcerté, pour ainsi dire, et se rompt. Les efforts de vomissements, de toux, les faux pas, la volonté même de la femme, tout ce qui est capable d'augmenter la pression abdominale peut ajouter son influence à la violence des contractions utérines. L'emploi inconsidéré du seigle ergoté a été cause de nombreuses déchirures spontanées (Obs. Baudelocque, Elytrotomie ou section du vagin, 1844, p. 21).

On a vu dans l'avortement une cause de déchirure. L'utérus pousse le fœtus sur un vagin que la grossesse n'a pas encore eu le temps de ramollir et celui-ci, mal préparé à supporter cette pression anticipée, se déchire. Nous ne pensons pas que l'on puisse accepter à la légère cette interprétation de certains faits (Obs. IV de la thèse de Morel). S'il y a avortement, le fœtus n'a pas encore atteint ses dimensions et de plus, si le vagin n'a pas encore été modifié, l'utérus non plus et ses fibres musculaires ne sont pas hypertrophiés d'une façon suffisante pour provoquer de pareils accidents.

Les contractions ou rétractions partielles sont d'étiologie obscure. Elles exercent des pressions inégales, entraînent des présentations vicieuses, des tractions violentes sur le vagin et sont un obstacle, souvent infranchissable, à toute intervention. La plus commune de ces contractions est sûrement celle de l'anneau de Bandl, dont on a pendant longtemps attribué les méfaits au col de l'utérus et dont nous étudierons le rôle plus loin. Ces spasmes peuvent imprimer au fœtus de mauvaises directions. La tête fœtale ira littérale-

ment crever le cul-de-sac ou l'écraser contre une crête, le promontoire ou un simple plan osseux. Ces directions anormales sont encore imprimées au fœtus par des tumeurs ou des déviations utérines.

Nous avons déjà vu le rôle des tumeurs du vagin, il est sensiblement le même ici.

Les déviations utérines sont fréquentes, les rétrodéviations surtout, mais la plupart du temps sans conséquence fâcheuse. Les déviations latérales et postérieures, limitées par des plans osseux sont en général peu prononcées ; il n'en est pas de même de l'antéversion. Cette dernière déviation peut avoir de graves conséquences, surtout si la femme reste longtemps debout ou penchée avant l'accouchement, si elle a de l'éventration, l'abdomen pendulum (cas typique publié par James Ross. — Obs. de Schneider, obs. d'Everke, Berlin, Klin. Woch., n° 26, p. 591, 30 juin 1896. — Madame Lachapelle, Mémoires, t. 3, p. 510). Quand l'utérus a ainsi basculé, son axe n'est plus perpendiculaire à celui du détroit supérieur, mais dirigé vers le cul-de-sac postérieur, contre le promontoire ou en dessus. Le cul-de-sac est tiraillé fortement, d'autant plus aminci que le développement se fait parfois à ses dépens.

Indépendamment du rôle du bassin, du vagin et de l'utérus, il faut aussi étudier celui des organes voisins et de l'état général des parties molles. Nous retrouvons l'influence du volume pour les tumeurs, celle des inflammations avec les suppurations, traumatismes, etc. Ces causes éloignées n'ont rien de spécial. On a fait jouer un rôle plus important aux déplacements d'organes: kyste ovarique tombé dans le cul-de-sac de Douglas, rein flottant. Il n'est pas jusqu'à la constipation ou la présence de calculs vésicaux que l'on n'ait incriminées.

Diverses causes générales nous intéressent par les modifications importantes qu'elles apportent aux tissus et organes du bassin. L'âge avancé amène la perte de tonicité des tissus, une mollesse qui, loin d'en augmenter l'extensibilité, les rend plus friables et moins élastiques par une sorte d'infiltration scléreuse que Pajot appelait « la coriacité des tissus ». Ces modifications, sensibles surtout à la partie inférieure du vagin, peuvent remonter aux culs-de sac (Freund). L'âge entraîne aussi la résorption du tissu cellulaire paravaginal et paracervical ; cette résorption a pour effet de diminuer l'indépendance et, partant, la sécurité du péritoine et des organes voisins.

L'influence de la parité a été diversement interprétée. La primipare jeune a des tissus fermes, résistants, mais qui n'ont jamais fait leurs preuves ; les œdèmes sont plus intenses, le travail est plus pénible. Chez la multipare, en dépit du travail régressif qui suit l'accouchement, les tissus conservent une certaine souplesse; il y a pour ainsi dire une habitude contractée. Par contre, la paroi abdominale affaiblie entraîne des déviations utérines, les cicatrices sont plus fréquentes, le tissu cellulaire paramétrique se résorbe. La primipare âgée (Freund cite un cas d'une primipare de 45 ans) réunit les pires conditions et devient une proie facile aux traumatismes de tout genre.

Ces conditions défavorables sont souvent aggravées par des affections aiguës ou chroniques, telles que cystite, périvaginite, hémorroïdes, etc. M. le professeur Bar explique leur influence néfaste : dans l'accouchement l'ampliation résulte non seulement de l'extension, mais d'un véritable glissement de la paroi cervico-vaginale sur les organes voisins, grâce à la laxité du tissu cellulaire interposé. A la fin de la grossesse, cette laxité est telle que le péritoine est pour ainsi dire indépendant, de même que la vessie et le

rectum. Mais si une lésion inflammatoire a établi des adhérences entre ces deux plans, ils perdent leur indépendance, le vagin est bâti et les différents organes solidaires les uns des autres. Il n'y aura plus glissement, mais des tiraillements qui amèneront des thrombus et des déchirures.

Observation II

Publiée par M. le professeur Bar, dans l'Obstétrique, 1899

J'accouchai, le 21 août 1894, une femme âgée de 35 ans, qui, pendant 12 ans, n'avait cessé de souffrir de rechute de blennorrhée vaginale et de cystite, et avait subi une série de traitements fort prolongés.

Chez elle, il y avait une atrésie du vagin, qui fut très manifeste vers la fin de la grossesse. A ce moment, on pouvait, en effet, s'assurer par le toucher, qui était très douloureux, que la paroi vaginale n'avait pas la souplesse habituelle.

Cette femme entre en travail à terme. La dilatation du col se fit lentement ; enfin, elle fut complète en 36 heures.

L'enfant, volumineux, se présentait par le sommet en O I G P. La tête restant élevée dans l'excavation, je me décidai à appliquer le forceps.

Je constatai, en introduisant les cuillers, combien la paroi vaginale était étroitement appliquée sur la tête du fœtus. L'application fut aisée. Je voulus faire tourner la tête en occipito-pubienne. La rotation fut pénible, mais il ne fut pas nécessaire de développer une force excessive ; la tête tournée, je vis un peu de sang couler en avant de la tête pendant l'extraction ; la tête dégagée, un caillot de sang fut expulsé en avant du cou. Je pensai bien que la paroi vaginale devait être déchirée en avant, ainsi que cela arrive si fré-

quemment lorsque l'on fait exécuter la rotation de la tête avec le forceps, mais je ne pensai pas que les désordres étaient aussi grands que ceux que je devais trouver. Je dégageais le tronc et je fis la délivrance.

Je pratiquai le toucher, et voici ce que je trouvai. En avant, une énorme déchirure partait de la partie latérale gauche et un peu postérieure du cul-de-sac vaginal. Elle descendait en bas, sur une longueur de 2 à 3 centimètres, puis elle se portait directement en avant et à droite, pour venir couper transversalement la colonne antérieure du vagin dans le milieu de sa hauteur, et se perdre dans la partie latérale droite.

Dans sa partie verticale, la déchirure permettait au doigt de pénétrer dans le tissu cellulaire péri-vaginal ; dans sa partie transversale, non seulement elle atteignait toute l'épaisseur de la paroi du vagin, mais la vessie elle-même était déchirée. Je pus, dans cet examen fait immédiatement après la délivrance, estimer à trois travers de doigt la plaie de la paroi postérieure de la vessie. L'index introduit dans celle-ci put aisément reconnaître que la vessie était déchirée très peu au-dessus de l'urèthre. De plus, la paroi vésicale antérieure était elle-même rompue, et je pouvais, par le toucher, arriver directement sur la face postérieure du pubis.

La vessie était divisée en deux parties : une calotte supérieure, réunie à une partie uréthrale par les régions latérales, tandis que les parois antérieure et postérieure étaient largement déchirées transversalement.

J'interprétai ainsi la genèse d'un tel délabrement. La paroi vaginale était très étroitement appliquée sur la tête fœtale ; elle était peu extensible. Le forceps étant appliqué, je tirai ; la paroi céda à gauche et un peu en arrière ; je fis tourner la tête, la paroi vaginale resta appliquée contre celle-ci, se déchira, et la vessie, étant adhérente à la paroi du vagin, la suivit, se déchira avec elle, tandis que la paroi vésicale anté-

rieure, pressée entre la tête entraînée par le forceps et le pubis, se déchirait également.

Je suturai, avec l'aide du docteur Tissier, la déchirure vésico-vaginale ; je tamponnai l'utérus et le vagin, tandis que je plaçai une sonde en S dans la vessie.

12 jours plus tard, les fils furent retirés ; un pertuis du calibre d'un crayon subsistait seul. Des cautérisations au nitrate d'argent le réduisirent presque complètement. Je fis, 3 mois après l'accouchement, une opération complémentaire, et la malade guérit.

Indépendamment des lésions locales qu'elles provoquent parfois, toutes les maladies qui entraînent la faiblesse des tissus et leur déchéance, ont une action prédisposante complexe. On rencontre surtout la syphilis (Mathew Duncan, Mécanisme de l'accouchement, p. 476), la tuberculose et les maladies infectieuses. Le brightisme, si fréquent, infiltre les tissus, les rend moins extensibles et plus friables.

Causes Fœtales

Un heureux accouchement n'exige pas seulement l'intégrité de la filière pelvi-génitale et la suffisance des contractions utérines, il faut aussi que le fœtus soit proportionné aux dimensions du conduit qu'il doit parcourir et orienté favorablement. Les lois qui régissent ces phénomènes sont parfois en défaut.

Au sujet des anomalies et monstruosités fœtales tout est possible, mais rien de précis ne saurait être prévu ; il en est de même de la présence de plusieurs fœtus et des divers en-

gagements simultanés. Ces cas se réduisent d'ailleurs à des excès de volume et des procidences dangereuses.

Il y a anomalie de volume par défaut ou par excès.

Lorsque le fœtus est trop petit, il expose le vagin, les culs-de-sac en particulier, aux accidents des expulsions rapides ; nous les avons déjà vus. Nous avons étudié aussi le danger commun à toutes les disproportions. La petitesse du fœtus favorise aussi les anomalies de présentation, l'engagement simultané d'un membre ; nous les étudierons plus loin.

Le fœtus est souvent volumineux ; cet excès de volume est total ou partiel, avec ou sans altération pathologique. Les garçons, plus que les filles, sont capables d'acquérir un développement considérable. Tarnier et Budin (Traité de l'art des accouchements, 1901. T. IV, p. 13) citent le cas signalé par Beach, d'un fœtus pesant plus de 23 livres.

Le mécanisme de la déchirure est toujours le même : volume, pression exagérés et longueur du travail. La paroi vaginale, par ce fait même qu'elle est fortement distendue, a perdu son élasticité et devient relativement vulnérable (Schœffer).

L'excès de volume partiel porte principalement sur la tête.

Elle peut atteindre des dimensions considérables, dans les cas surtout d'hydrocéphalie (obs. VII et VIII, thèse de Morel 1897) ; elle est le siège de prédilection des bosses sérosanguines, des céphalématomes, et de tumeurs qui ajoutent leur volume à celui du fœtus. Ainsi que cela arrive pour le périnée, la tête progresse parfois sans endommager les tissus, ou ne produit que des crevasses peu profondes, que des épaules trop larges changeront en véritables déchirures ; l'hydrothorax, l'ascite, etc., peuvent être d'autant plus dangereux qu'ils sont moins prévus.

Une tête fœtale très ossifiée ne se laisse pas réduire suffisamment et rend la période d'engagement plus pénible.

(Obs. de Chassagny : Dystocie par excès de volume et d'ossification de la tête, *Lyon médical*, 1878, p. 141). Elle lèse les tissus pris entre elle et le bassin, non tant par son volume que par sa dureté.

Le fœtus peut se présenter d'une facon anormale.

La présentation de l'épaule comporte le plus sombre pronostic ; elle coûte la vie au fœtus, entraîne pour la mère un surcroît considérable de travail et de fatigue, une surdistension du col, des culs-de-sac, et enfin la nécessité d'intervention.

La présentation de la face en mento-postérieure, les présentations postérieures du sommet sont dangereuses, mais à un moindre degré. Les pelotonnements anormaux du fœtus, les procidences d'un membre, les engagements simultanés, rendent l'évolution plus difficile, augmentent la durée du travail et exercent sur les parties molles des pressions inégalement réparties ; les saillies du fœtus, coude, menton, etc., s'enfoncent comme des coins dans le vagin et le perforent.

D'autres déchirures sont dues aux anomalies de l'évolution ; par exemple la rotation forcée du tronc ou de la tête dans certaines positions (O I D P), les positions défectueuses de la tête fœtale (Laforgue, in thèse Morel obs. XLIV). La rotation anticipée de la tête oblige, d'après Auvard et Varnier, à une distension exagérée le cul-de-sac postérieur ou la cloison recto-vaginale (obs. XLV et XLVI, thèse de Morel). Auvard accuse le défaut de flexion de la tête ou sa déflexion prématurée, le menton force alors sur le cul-de-sac postérieur et le pénètre comme un coin, tandis que le crâne comprime le cul-de-sac antérieur contre le pubis.

Enfin les cas de lésions osseuses du fœtus : exostoses, crêtes, esquilles de fracture accidentelle ou obstétricale. (Peu : pratique des accouchements, obs. XVI, p. 914. Morel obs. XXVIII ; et enfin jolie observation de blessure par esquille

de la tête fœtale, suite de céphalotripsie, Ch. H. Petit. *Bulletin de la Société anatomique*, juillet 1875.)

Nous ajoutons à la suite des causes fœtales les causes dues aux anomalies des annexes.

Le placenta ne saurait causer des déchirures. Il peut toujours franchir un conduit par lequel un fœtus a passé, mais nécessite parfois des manœuvres de délivrance artificielle.

La quantité de liquide amniotique a une certaine influence. S'il y a hydramnios, la mobilité exagérée du fœtus expose à des accidents. S'il n'y a plus de liquide, l'utérus est étroitement appliqué contre le fœtus, fait corps avec lui, et dans les tentatives de version, ne le laissera pas évoluer mais forcera sur le vagin dont il déchirera les insertions.

CAUSES CHIRURGICALES

Il était utile, avant d'aborder l'étude des causes chirurgicales, de connaître la variété, la fréquence et la gravité des causes spontanées et prédisposantes pour apprécier, d'une façon moins sévère, la part de responsabilité des accoucheurs dans les cas malheureux.

Nous touchons ici un point aussi important que délicat. Important, parce que ces causes sont les plus fréquentes, et qu'elles nous intéressent plus particulièrement ; ce sont surtout les culs-de-sac vaginaux, le postérieur en particulier, qui ont à souffrir des interventions. Délicat, parce qu'il est difficile de dire s'il y a faute, et, si elle existe, où elle commence. L'ignorance, l'étourderie et la maladresse sont de tout temps. Mais il ne faut pas oublier que personne n'est à l'abri d'un moment d'absence ou d'affolement et que, même en supposant le sang-froid nécessaire et le savoir, ces accidents se sont produits sous les yeux des accoucheurs les plus

compétents, entre les mains les plus habiles. Si parfois il y a de lourdes responsabilités à établir, souvent aussi la conscience du médecin est à l'abri d'une conduite irréprochable, que des circonstances malheureuses n'ont pas bien servie: une faute n'est pas toujours imputable à son auteur.

Les risques sont d'autant plus forts que l'accoucheur n'a souvent pas le loisir de prendre les précautions nécessaires et que parfois l'urgence de l'intervention lui fait accepter un accident pour en éviter un autre plus malheureux. Parfois aussi, le diagnostic est imparfait, le médecin est appelé trop tard ou mal renseigné.

Nous allons étudier successivement les accidents dus aux interventions manuelles et instrumentales.

L'introduction de la main joue un rôle important, son volume est surajouté à celui du fœtus, la pression est inégalement répartie par la surdistension opérée sur un côté et, sur ce côté, par les nodosités articulaires. L'obstination de l'accoucheur à vouloir pénétrer dans un utérus qui se contracte ou se rétracte, a parfois de regrettables conséquences : un simple toucher maladroit peut, même au moment des contrations surtout, faire éclater les culs-de sac. Dupuytren (*Journal universel,* 1886, t. 43, p. 55) nous en donne un exemple très net (voir aussi l'observation de Mondière relatée plus loin). Cette obstination est surtout malheureuse dans les cas de fausse route ; la minceur du col appliqué sur la tête fœtale est telle parfois qu'elle peut en imposer pour une dilatation complète et conduire la main du médecin dans les culs-de-sac où son insistance à vouloir pénétrer aura de fâcheuses conséquences. Les annales obstétricales et les livres de médecine légale en contiennent de terribles exemples : des médecins ont pu ainsi, toujours à la recherche du fœtus, déchirer les culs-de-sac, décoller le tissu paramétrique, pénétrer dans la cavité péritonéale, attirer l'intestin pris pour le

cordon, et dans de véritables moments de folie, devant leur erreur, l'arracher et s'enfuir.

Témoin ce fait rapporté par Jones (*The Dublin journal*, 1845, t. 26, p. 162), dans lequel un médecin anglais ne laissa que 1 mètre 80 d'intestins dans le ventre de la femme. Budin en donne aussi une autre observation. De pareilles erreurs paraissent colossales, elles le sont, en effet ; mais pour qui connaît les difficultés de certains accouchements, elles sont surtout navrantes. Barnes, cité par Budin, a bien raison de dire à ce propos : « Nous sommes tous dominés par les lois de l'habitude, il est facile d'être sage après coup. » (Lectures on obstetrics operations, 3e col. 1876, p. 370). On ne s'attend pas aux choses extraordinaires, certains intestins grêles durs et tiraillés, ressemblent à s'y méprendre à certains cordons charnus.

Les autres temps de la version exposent aussi à des déchirures. En allant à la recherche du pied, s'il n'a pas le soin de faire par l'abdomen une compression sérieuse, l'accoucheur tend l'utérus à bout de bras et le désinsère du vagin (Voir notre observation I). Les mêmes tractions sont encore exercées sur les insertions utéro-vaginales pendant l'évolution trop violente ou trop rapide du fœtus. Au cours de la version, le fœtus accomplit un mouvement de bascule, la tête doit gagner le fond de l'utérus à mesure que les pieds sont attirés par l'accoucheur, comme dans un puits à poulie on fait monter un seau en tirant sur l'autre (Guérin-Valmale). Mais si la tête a de la difficulté pour remonter, elle repousse en haut l'utérus, le désinsère du vagin distendu ou passe au travers.

Ce phénomène se produit surtout dans les cas de rétraction de l'anneau de Bandl. La tête fœtale est arc-boutée contre l'anneau de contraction, on lutte contre soi-même et ce sont les parties molles qui en supportent les conséquences.

On peut arriver à vider le segment supérieur qui se rétracte aussitôt, mais on oblige le segment inférieur à recevoir un tel surcroît de volume qu'il éclate ou se désinsère. Ces accidents ont été bien mis en lumière par les travaux de Budin, Maygrier, Bar et Markowitch (thèse 94). Après l'évolution du fœtus, lorsque la tête reste dernière dans le col, surtout si celui-ci est rétracté, les tractions énergiques que l'accoucheur est toujours tenté de faire sur les pieds, peuvent déchirer non seulement le col mais aussi, d'après Giraud (Dictionnaire en 60 volumes, t. LXI, p. 463), les culs-de-sac vaginaux surdistendus.

On voit que la version est une manœuvre délicate et que toute précipitation, faute ou violence, peut sérieusement compromettre les parties maternelles (belle obs. de A.-J. Ivanow, désinsertion presque totale de l'utérus. Centralbl. f. gynœk., janvier 1899, n° 2, p. 33. Obs. Devillez, thèse Paris, 1869, p. 50), de même, les tentatives répétées associées à des manœuvres multiples (obs. Mme Lachapelle : *Mémoires,* t. III, p. 192 ; obs. du Dr Thiriar, in *Presse médicale belge,* Bruxelles, 1880, p. 269 ; obs., de Barnsby et Mercier, in *Obstétrique,* 1900, p. 155) et certaines tentatives de réduction d'un membre procident ou du cordon prolabé (13e et 14e faits de Coffinières).

Au cours de la délivrance artificielle, la main peut avoir des difficultés pour pénétrer dans l'utérus, rétracté ou accolé au fœtus par l'écoulement total du liquide. Heine (Arch. für klin. chir., t. 11, p. 494, 1869) nous a laissé une observation de déchirure ainsi provoquée, après administration de seigle ergoté donné dans la pensée de favoriser cette dernière étape de l'accouchement. Mais ce sont surtout les fausses routes qui sont cause des déchirures. Des accoucheurs inexpérimentés ont parfois pénétré dans le péritoine et en ont retiré

l'intestin, pris d'abord pour le cordon ; d'autres font de véritables curages des culs-de-sac.

Observation III

(Le résumé en a été communiqué à la Société des Sciences médicales de Montpellier, le 9 décembre 1898, par M. Guérin-Valmale, au nom de M. le professeur Puech et au sien).

Femme 35 ans, d'origine allemande, accouche pour la septième fois en ville le 3 octobre 1898, à 5 heures du matin.

La sage-femme qui l'assistait attendit quelque temps avant de faire la délivrance, puis l'exécuta très facilement, à ce qu'elle raconta, probablement par simple traction sur le cordon. Elle resta auprès de sa cliente jusqu'à 7 heures du matin. Vers 9 heures environ, une violente hémorragie se déclara. Un docteur fut appelé en toute hâte, qui, aussitôt arrivé, se mit en devoir de débarrasser l'utérus de son contenu.

Pour ce, il introduisit la main dans les voies génitales et, au dire de la malade, il lui fit alors horriblement mal et sortit une très grande quantité de caillots et de fragments charnus. Il ordonna 1 gramme d'ergot de seigle en 3 paquets, l'hémorragie s'arrêta et la malade fut laissée alors souffrant beaucoup du ventre surtout du côté droit.

Elle rentra à l'hôpital le lendemain, mardi 4 octobre, à 10 h. du soir.

Elle était très fatiguée, toute maculée de sang rutilant, les muqueuses décolorées. T. 39°5. P. 172. Elle était si faible qu'on n'osa la mettre en travers du lit et qu'on se contenta de lui faire une toilette vulvaire, puis, une injection vaginale et ensuite, avec la canule intra-utérine de Champetier de Ribes, un lavage dans une cavité susvaginale que l'on crut être l'utérus. On fit aussi dans la cuisse une injection de sérum artificiel

de 300 grammes. La nuit fut agitée, soif inextinguible, ventre ballonné, la malade absorbe un peu de café au rhum.

Vers 3 heures du matin, vomissements alimentaires; à 6 h., glace sur le ventre; depuis lors, vomissements fréquents et abondants, Vers 9 h. 1/2 du matin, M. Bousquet, externe de service, fait une autre injection vaginale et un lavage intra-utérin : issue de liquide rouge et de caillots à odeur fétide, un grand frisson mais de courte durée.

Vers 10 heures, en arrivant, je trouve la malade couchée sur le dos, très pâle, lèvres décolorées, peau froide aux extrémités, très chaude au corps.

Le ventre est très bombé et dur, très sensible dans la région de la fosse iliaque surtout, toute palpation est impossible.

Les organes génitaux externes sont souillés par un liquide hématique fétide. Je résolus de vérifier si la délivrance avait été complète.

Après une soigneuse désinfection j'introduis la main droite. Je reconnais l'anneau de Bandl fermé ; au bout d'un certain temps je pénètre avec deux doigts mais difficilement. Le col utérin, gros comme au deuxième jour des suites de couches, est couché latéralement à gauche et en arrière, il contient des débris ; quelques-uns sont extraits, dont un gros comme une noix.

Ce qui me frappe, c'est l'existence à droite de l'anneau de Bandl, d'une voie anormale dans laquelle j'introduis la main qui file aussitôt dans la fosse iliaque droite. Je suis alors dans une grande cavité close du volume d'une grosse tête d'enfant. Elle est formée en dehors par la paroi droite du grand et du petit bassin où je reconnais très nettement au milieu de la ligne innominée l'artère iliaque externe battant sous mon doigt en dedans par une membrane qui me sépare de l'abdomen.

Je pense que c'est le péritoine décollé au travers duquel je perçois nettement les anses intestinales.

Dans cette cavité je trouve de nombreux caillots, des débris de toutes sortes et, se croisant en divers sens, des cordons plus durs et tendus qui doivent être des filets nerveux, des vaisseaux ou des débris aponévrotiques. Leur attouchement est douloureux pour la femme ; on sent, de plus, sur la paroi externe comme des décollements musculaires ou aponévrotiques affectant la forme de goussets plus ou moins déchirés à la partie inférieure surtout. Ils doivent intéresser l'aponévrose périnéale supérieure ou le releveur de l'anus dans son insertion haute.

La rupture conduisant à cette cavité était à la fois vaginale et utérine, elle siégeait à droite et affectait une forme à peu près cruciale dont la branche horizontale correspondait à une désinsertion du vagin sur le col dans sa moitié droite. Cette ligne était coupée par une autre verticale sectionnant en bas le vagin dans toute la hauteur du cul-de-sac droit et se prolongeant en haut sur tout le segment inférieur de l'utérus jusqu'à l'anneau de Bandl qu'elle venait affleurer. Il est probable que, voulant balayer l'utérus, l'opérateur avait mis la main dans le col, puis, montrant l'orifice fermé de l'anneau de Bandl, avait forcé et désinséré le col du vagin à droite, puis en travers du segment inférieur, enfin décollé le ligament large qui la dédoublait et, soulevant le péritoine, avait passé dans la fosse iliaque droite.

Lors de mon examen, cette plaie était évidemment infectée ainsi que l'utérus ; les liquides sécrétés répandaient une odeur très fétide. M. le professeur Puech, appelé alors, vérifia ces constatations; mais comme, lors de mon exploration, j'avais balayé la cavité anormale des caillots qu'elle contenait, la femme déclara souffrir bien moins qu'alors du côté droit et se sentir un peu mieux. P. 145.

A 2 h. 1/2 du soir, la femme est transportée à la salle d'opération.

Sous une anesthésie à l'éther on pratique une désinfection soignée de la vulve et du vagin, puis M. Puech, avec la curette de Wallich, nettoie la cavité utérine, dont il fait ensuite un écouvillonnage à la glycérine créosotée. La cavité sous-péritonéale subit un grand lavage au lysol et, pour compléter, une mèche de gaze iodoformée est introduite dans l'utérus et une deuxième dans la cavité.

Le lendemain et le surlendemain, un mieux sensible fut constaté.

Le samedi matin, troisième jour, les mèches de gaze furent retirées, et l'on fit, dans la journée, plusieurs injections vaginales.

Dimanche, cinq injections vaginales. La malade est de mieux en mieux.

Le lundi, la fétidité des liquides lochiaux fait pratiquer un lavage intra-utérin et un autre intra-cavitaire.

Ce traitement fut continué jusqu'à guérison complète.

En somme, la malade, après l'intèrvention, conserva, durant douze jours, une température au-dessus de 38 degrés ; puis, pendant six jours encore, au-dessus de 37 degrés, après quoi, elle fut bientôt remise, et sortit du service complètement guérie vers le quarantième jour.

Voir aussi l'observation de Depaul (*Bulletin de la Clinique*, janvier 1863), et celle de Devillez (thèse Paris, 1869, p. 50).

On cite aussi des cas où des tractions intempestives sur le cordon ont entraîné l'utérus tout entier, désinséré du vagin. (Cas de Braxton Hicks cité par Nægele et Grenser *in* Charpentier). Ces cas nous paraissent bien extraordinaires. Il est plus probable que la désinsertion était antérieure à la

délivrance et que les tractions énergiques sur le cordon l'ont fait remarquer et achevée. Les manœuvres avec instrument sont fertiles en accidents parce que les difficultés en sont considérables et mal perçues.

Chaque instrument a des inconvénients qui lui sont propres, mais il y a pour tous des reproches communs : rigidité et volume irréductible qui s'ajoute à celui de la partie fœtale, action aveugle, transmission imparfaite des sensations. Tous, mal guidés ou déviés, peuvent blesser les culs-de-sac, surtout exposés. L'accoucheur n'en a pas toujours l'entière responsabilité. Il suffit d'avoir une fois ressenti la crampe qui saisit souvent la main introduite dans l'utérus pour comprendre les erreurs de sensation et, partant, de manœuvre qui peuvent résulter de cette anesthésie douloureuse. Des accoucheurs se sont, sans y prendre garde, cruellement coupé les doigts avec les ciseaux de Smélie ou de Dubois. Ces faits permettent de comprendre l'ignorance où l'on peut être des dommages causés à la parturiente par des ciseaux (obs. de Roques), un perce-membrane, un basiotribe, un embryotome (obs. citée par Budin *in* thèse d'agrégation, p. 50). Les divers crochets que l'on employait autrefois lacéraient facilement les tissus et attiraient parfois les anses intestinales : dans une observation de Mac-Keener, il y eut perforation des culs-de-sac, hernie intestinale, chute de 1 mètre 1/2 d'intestin après sphacèle, et formation d'un anus vaginal qui, chose curieuse, disparut après l'accouchement suivant.

Nous avons passé rapidement sur le mode d'action des divers instruments, afin d'étudier plus en détail les lésions dues à l'application du *forceps* qui est, de beaucoup, la cause la plus fréquente des déchirures chirurgicales.

Les accidents peuvent être produits, en premier lieu, par les fausses routes des cuillers. Mal guidées par la main ou déviées par une cause quelconque, elles vont se butter dans les

culs-de-sac, si surtout la manœuvre est hâtive et la dilatation incomplète. L'accoucheur s'obstine et pousse son instrument qui pénètre parfois dans le péritoine. Les observations de fausse route ne manquent pas (obs. de Birkett *in* Chirurgia de Holmès, 1870, t. 2-11, p. 748, — de Max Bartels Arch. für gynœkologie Bd. III, p. 502, 1872, — de Madame Lachapelle, Pratique des accouchements, t. I, p. 441, — de Martel, Archives de tocologie, janvier 1877, p. 54, — de Hyernaux *in* Budin, thèse de 78, et surtout les observations de Lehmann et de Johnston and Sinclair). Ces déchirures se reconnaissent aisément à leur largeur moyenne de trois doigts, leur profondeur et la netteté de leurs bords. La prise peut être mauvaise, pincer une portion de vagin, qu'elle arrachera au moment des tractions ; l'intestin peut même être ainsi tiré au dehors (obs. de Duparcque) ; elle peut être asymétrique d'emblée ou après avoir dévié, une cuiller est étroitement appliquée contre la tête, l'autre n'appuie que par son extrémité, ou au contraire, son extrémité déborde la tête, et pendant l'extraction du fœtus, la partie tranchante, laissée à nu, va couper les tissus situés sur son passage. Lorsque le forceps dérape, on est exposé aux mêmes accidents ; de même aussi au cours de fausses manœuvres, comme par exemple la déflexion anticipée de la tête. Si l'accoucheur fait levier trop tôt en redressant le manche du forceps, avant que l'occiput ne soit solidement engagé sous l'arcade pubienne, la tête ne bronche pas, les cuillers, au contraire, pivotent autour de la tempe fœtale, et, débordant la tête, vont blesser le vagin. La courbure très accentuée du Levret et la longueur de ses bras étaient à ce point de vue un sérieux inconvénient. Toutes les fois qu'une partie tranchante des cuillers se trouve en contact avec les parties molles, elle les ouvre au passage comme une charrue ouvre un sillon. Les plaies produites ainsi pendant la période d'ex-

traction se reconnaissent généralement à leur longueur, à leur netteté ; elles forment parfois deux sillons parallèles imprimés de chaque côté du vagin, dont la direction et la situation varient selon l'application.

La manœuvre d'extraction est une chose délicate, à cause du volume et de la rigidité du corps qui doit passer dans la filière. Le peu d'épaisseur des cuillers serait une chose négligeable si le forceps n'était justement appliqué dans les cas de bassin rétréci. Le vrai danger est moins son volume que son irréductibilité. La tête fœtale, si dure soit-elle, est toujours quelque peu compressible ; le forceps, au contraire, une fois l'articulation fixée, parcourt la filière sans se laisser modifier par le calibre du conduit. Si, grâce à cette irréductibilité, il est une sauvegarde pour l'intégrité de la tête fœtale, il est au contraire un danger pour les parties maternelles.

D'après Budin, les tissus auraient surtout à souffrir dans les prises antéro-postérieures.

Le forceps est aussi un instrument rigide. Quelle que soit l'habileté avec laquelle il est manié, il ne sera jamais dirigé exactement selon l'axe du bassin ; il est construit pour un type, et ne se plie pas aux exigences de chaque cas particulier, comme le fait le fœtus lors de la mise en jeu des forces expulsives. Les tiges de traction du forceps de Tarnier réalisent à ce point de vue un grand progrès.

Le forceps doit être manié avec prudence, la traction exige un certain déploiement de force, mais pas de violence. Des tractions trop énergiques exposeraient aux dangers des extractions rapides.

La prudence est encore plus nécessaire lorsque l'application succède à certaines opérations, à la symphyséotomie par exemple. La symphyséotomie met toute la partie antérieure du vagin en fâcheux état de moindre résistance. Nous avons déjà vu le danger que présentent les deux arêtes du pubis

écarté. Par suite de cet écartement, les tissus sont tendus, ne peuvent plus fuir et sont privés de leur support normal ; la pression qu'ils ont à supporter n'est plus compensée et la déchirure se produit, assez vaste parfois pour permettre le passage du fœtus (observation XXVI de la statistique de Pinard). L'application de forceps est, dans ce cas, encore plus dangereuse et arbitraire, aussi faut-il lui préférer la version podalique qui entraîne moins de danger de déchirure, de décollement et diminue les tendances à l'inversion en doigt de gant (Bar, art. Symphyséotomie, *Obstétrique* de Paris, 1901, p. 327 et suivantes).

Nous ne faisons que mentionner les solutions de continuité intentionnelles, les débridements ou incisions préventives, qui peuvent se prolonger en dépit de toute surveillance et devenir déchirure.

La dilatation forcée du col et du vagin, manuelle ou instrumentale, faite rapidement ou avec violence, peut faire éclater les-culs-de sac ou désinsérer l'utérus. Wetmore (*Americ. journal of medic. sciences*, 2e série 1869) cite un cas de déchirure du cul-de-sac postérieur à la suite d'une dilatation ayant porté par erreur dans le cul-de-sac.

Enfin nous citerons, à titre de curiosité plutôt, l'observation de Tarnier (*in* Budin, thèse 78, p. 52). Il s'agit d'une rupture du cul-de-sac postérieur communiquant avec la cavité péritonéale, résultant d'une douche donnée dans le but de provoquer un accouchement prématuré.

Déchirures secondaires. — Nous rapprocherons des déchirures immédiates les solutions de continuité par sphacèle. Elles ont une apparition tardive, mais sont intimement reliées à l'accouchement par leur origine. Elles sont, en somme, une évolution différente d'un même traumatisme aboutissant au même résultat.

Au cours des accouchements laborieux, la tête (ou un pôle fœtal quelconque) ne progresse que très lentement, les parties maternelles sont alors fortement et longuement comprimées entre deux plans résistants.

Il se produit de l'ischémie qui amoindrit la vitalité des tissus; si la pression est suffisante ou porte sur une pointe osseuse, il se produit une solution de continuité. Mais il peut arriver aussi que les tissus résistent sans toutefois reprendre leur vitalité normale ; il se forme alors une plaque gangréneuse dont l'élimination laissera une solution de continuité communiquant parfois avec un organe voisin.

La durée de la pression, plus encore que son intensité, est à redouter (Pozzi). Cette durée est excessivement variable selon l'état des tissus; elle va de quelques heures à quelques jours.

La longueur du travail peut tenir à des causes nombreuses et très diverses; nous en avons déjà rencontré quelques-unes ; il faut leur adjoindre la brièveté du cordon, la résistance du périnée ou du coccyx, toutes les causes de dystocie.

Une application de forceps peut aussi provoquer la gangrène des tissus ; trois ou quatre jours après s'éliminent les lambeaux sphacélés souvent sous forme de lanières que l'on a pu voir auparavant dans le vagin.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Le hasard seul fait souvent découvrir l'existence d'une déchirure des culs-de-sac. L'accoucheur, en pratiquant la délivrance ou en donnant une injection (Obs. I), est surpris de constater l'existence d'une solution de continuité.

Il n'existe pas, en effet, de symptôme pathognomonique de ces traumatismes, et un certain nombre de déchirures passent inaperçues, guéries par la seule nature ; d'autres ne sont révélées que par l'existence d'une fistule ou d'accidents tres éloignés ; d'autres, enfin, sont des surprises d'autopsie (Hofmeier). Ces lésions s'accompagnent cependant de symptômes généraux et locaux ; mais, si l'on songe à l'aspect peu brillant que présentent souvent les accouchées, on comprendra qu'il est difficile de leur attacher une exacte signification.

Le diagnostic n'est, en général, possible que par la vue et le toucher ; certains indices peuvent toutefois mettre le médecin sur la voie et lui imposer la nécessité d'un examen sérieux.

La femme éprouve parfois une sensation anormale de pesanteur et de tension qui cède brusquement au moment de la déchirure, mais il est difficile de s'en rendre compte. La

rupture rapide de la poche des eaux doit éveiller l'attention. Si la parturiente n'est pas anesthésiée, le premier phénomène généralement perçu est la douleur. Le vagin ne possède, dans sa partie supérieure surtout, qu'une sensibilité assez obscure, et certaines déchirures, même étendues, peuvent ne pas être perçues de la femme, qui est peu en état d'analyser ses sensations, ou confondues avec les douleurs de l'expulsion. Morel cite le cas, observé à l'hôpital Beaujon, d'une multipare qui ne sentit rien de particulier malgré une expérience de sept accouchements antérieurs. Cette douleur est, d'ailleurs, d'une intensité variable ; moins vive ordinairement que dans les cas de déchirure de l'utérus ou de la vulve, elle est parfois d'une telle netteté que la femme ne se trompe pas sur son origine (Obs. de Dupuytren, *loc. cit.*).

Cette douleur est en général subite et brève, très limitée, suivie parfois d'un soulagement passager dû à l'agrandissement qui facilite le passage du fœtus, ou à l'engourdissement causé par l'hémorragie. Il faut se méfier de ce bien-être trompeur ; l'état général d'ailleurs ne tarde pas à devenir inquiétant, il rappelle en tout point celui de l'hémorragie interne. Tous les signes de faiblesse et d'épuisement que présente toute accouchée s'exagèrent ; ce n'est plus le besoin de repos, c'est la tendance au collapsus: grande pâleur, traits tirés, dyspnée, angoisse précordiale, nausées, sueurs froides, crampes, pouls petit et fréquent, bientôt éblouissements, bourdonnements d'oreille, vertiges, le cœur file rapidement, c'est la syncope et parfois la mort subite (Obs. Lehmann, *loc. cit.*). Ces symptômes alarmants ne sont pas constants, témoin le cas de Ross (cité par Burns dans son traité d'accouchement), où il n'y eut ni hémorragie ni syncope, bien que l'enfant fût passé dans l'abdomen.

Après tout accouchement, il s'écoule une certaine quantité de sang, c'est une hémorragie dite physiologique. Cette perte

sanguine, généralement bien supportée, peut devenir sérieuse par son abondance ou sa durée. Elle est alors pathologique. Aucun criterium ne permet de délimiter la transition entre ces deux extrêmes. Elle n'est basée que sur l'état général de la femme, car les signes extérieurs font parfois défaut ou traduisent imparfaitement l'importance de l'hémorragie. D'ailleurs, une perte bien supportée par une femme robuste, peut devenir mortelle pour une femme épuisée.

L'hémorragie est externe, mixte ou interne; ses caractères varient selon l'importance des vaisseaux atteints.

Elle est en général abondante, car les systèmes artériel et veineux qui, à l'état normal, forment de véritables carrefours vasculaires, sont encore, du fait de la grossesse, développés d'une façon intense. Si le vagin est seul intéressé, on verra, par la plaie béante, le sang sortir de petites artérioles qui, par leur nombre considérable et les difficultés de leur ligature, donnent à l'hémorragie une certaine importance. Le sang sortira rouge en bavant, car la pression n'est pas considérable. Si la vaginale est blessée, l'hémorragie sera plus abondante et plus sérieuse. Quand l'utérine est atteinte, le sang coule à flots, emportant avec lui les forces de la malade, qui n'a plus de salut que dans la rapidité d'une intervention ou la syncope. Mais la blessure de l'utérine est relativement rare ; d'une façon générale, l'hémorragie est perfide, tenace, peut durer 2 ou 3 heures après l'accouchement, signe important qui doit éveiller l'attention.

Ce caractère la différencie des hémorragies utérines plus abondantes, plus souvent internes ou mixtes, à teinte bleuâtre et contenant de gros caillots, dans les cas d'inertie surtout ; mais alors on ne constatera pas le globe de sûreté de Pinard, que l'on sent au contraire très bien si le vagin seul est déchiré. L'hémorragie interne est plus rare. Avant la sortie du fœtus le sang peut s'amasser derrière lui, pour sortir

sous forme de gros caillots, lorsque la voie est libre. Si la plaie communique avec le péritoine, il fusera dans cette cavité en raison de la position déclive ou de l'étroitesse de l'orifice extérieur ; il y aura alors inondation péritonéale (obs. de Thibault). Son existence sera révélée par les symptômes de l'hémorragie interne et l'absence étrange de l'écoulement. En pressant sur l'abdomen, on pourra faire sortir des caillots dans du sang encore liquide.

L'hémorragie mixte se traduit par un état général plus grave que ne le comporte l'écoulement visible ; cet écoulement sera augmenté si l'on presse sur l'abdomen.

Les symptômes que nous venons de voir sont les plus constants. Ceux que nous allons passer en revue posent le diagnostic d'une façon plus précise quand ils existent, mais font souvent défaut parce qu'ils sont particuliers à certains traumatismes.

D'après E. Hubert, un bon signe différentiel entre les déchirures vaginales et utérines serait fourni par le trajet du cordon ombilical qui, dans certains cas, descend dans l'orifice cervical, remonte dans la plaie vaginale et se perd dans l'abdomen (Hubert, cité par Tarnier, Budin et Chantreuil. Traité de l'art des accouchements, t. III, p. 541). Ce même auteur, d'après Mac Clintok (1866), insiste sur l'importance de l'emphysème sus-pubien quand il y a arrachement des culs-de-sac.

On a attribué trop d'importance à la persistance des contractions utérines quand le vagin est seul lésé, alors que l'utérus perd sa force s'il est atteint. La constatation du passage partiel ou total du fœtus dans la cavité péritonéale est d'une grande valeur diagnostique.

L'observation de Baudelocque (loc. cit.) en est un fort bel exemple. Les contractions s'arrêtent, le fœtus que l'on sentait parfois au bout du doigt est remonté ou a disparu, la

parturiente le sent se débattre au milieu des anses intestinales et se déplacer dans le sens de la pesanteur. On le voit d'ailleurs à fleur de peau, surtout avant sa mort qui est rapide; on le sent sous les doigts à moins qu'un fort tissu adipeux ne soit interposé, il forme une deuxième tumeur à côté de l'utérus rétracté ; les bruits fœtaux, avant de cesser, sont tout à fait superficiels. Voici d'ailleurs une observation de cet accident.

Observation IV

(Budin. — Thèse d'agrégation d'après Mondière. *Gazette médicale*, 1837, p. 88)

Une femme de 46 ans, mère de 8 enfants, enceinte pour la neuvième fois, avait une obliquité antérieure telle qu'elle était obligée de porter une ceinture pour pouvoir marcher.

Le travail se déclare à terme, les douleurs sont vives, elles deviennent de plus en plus fortes pendant six heures ; la sage-femme la touche à chaque douleur pour faciliter, disait-elle, la descente de l'enfant. Une contraction extrêmement vive arrive au moment où la sage-femme introduit son doigt dans le vagin et presse l'hypogastre avec l'autre main ; la malade jette un cri et se dit blessée par la sage-femme. Au même instant, elle sent une boule rouler dans le ventre et tombe dans un état d'affaiblissement voisin de la syncope. Le ventre change de forme.

On appelle M. Devergie, qui constate la présence de plusieurs anses intestinales libres dans le vagin, surtout à travers une déchirure de la paroi postérieure de ce canal ; on sent plus haut les pieds de l'enfant. La main, appliquée sur l'abdomen, fait sentir deux tumeurs, l'une à gauche, l'autre moins élevée à droite, analogue au globe utérin contracté sur le placenta.

Anxiété. Faiblesse. Dupuytren procéda sur-le-champ à l'extraction de l'enfant, qui fut difficile à cause de la présence des intestins. Péritonite aiguë, mort 28 heures après.

Autopsie. Epanchement sanguin dans le ventre. La rupture du vagin formait, en arrière, à l'union de ce canal avec la matrice, un demi-cercle, de l'étendue de quatre à cinq pouces.

Lorsque l'issue du fœtus est partielle, il reste enclavé dans la déchirure sans pouvoir progresser jusqu'au moment où l'accoucheur le délivrera de sa dangereuse position.

Parfois, au contraire, par suite de la disparition de l'obstacle, la progression du fœtus sera plus rapide.

La rencontre d'une anse intestinale dans le vagin ou son apparition à la vulve est un signe certain de déchirure ; si la réduction en est facile, on sera à peu près sûr d'avoir affaire à une solution de continuité du vagin, en particulier du cul-de-sac postérieur, car l'utérus rétracté produit de véritables hernies étranglées.

L'apparition à la vulve de matières fécales, de gaz ou d'urine est un symptôme certain d'une communication du vagin avec la vessie ou l'intestin. L'issue de sang par l'urètre ou le rectum n'impliquent pas la même certitude, car, par suite des fortes distensions ou compressions subies par ces organes, il peut y avoir seulement déchirure vasculaire.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic des diverses fistules, nous ferons seulement remarquer qu'il n'est pas toujours aisé; il n'y a pas constamment de l'urine dans la vessie, des matières dans le rectum ; l'uretère seul donne d'une façon continue, à moins toutefois de spasme réflexe. On reconnaîtra la fistule urétéro-vaginale à son siège, 1 à 2 centimètres sur le côté du col ; on pourra faire l'épreuve du bleu de méthyle ou le procédé de Bérard, qui consiste à mesurer la

quantité d'urine sortie par la plaie et celle qui s'est écoulée par l'urètre, elles doivent être égales.

En dépit de l'opinion de Deroubaix, il y a souvent une période silencieuse de 2 à 4 jours avant l'apparition de la fistule ; il faut attendre l'élimination de l'escarre, ou bien le parallélisme des deux ouvertures a été modifié par des glissements.

L'issue d'un membre ou du fœtus tout entier par l'urètre ou l'anus prouve une vaste solution de continuité, mais en général située plus bas que le cul-de-sac.

L'exploration directe permet seule de se rendre un compte exact du siège et de l'étendue des lésions.

Le toucher doit être pratiqué avec une grande circonspection, car il peut agrandir la plaie, décoller les tissus ou réveiller l'hémorragie.

Il ne renseigne que les doigts expérimentés et fournit parfois des sensations erronées. Il ne faut pas confondre les lèvres du col et celles de la plaie ; les premières se rétractent, les autres restent béantes et molles.

Une fausse sensation plus compréhensible et que nous avons éprouvée nous-même est celle-ci : le doigt arrive au fond de la plaie sur une membrane lisse, mince comme de la baudruche tendue que l'on prend pour une anse intestinale à nu alors qu'en réalité le péritoine en sépare.

Le toucher doit être complété par la vue. L'examen sera pratiqué plutôt au moyen de valves que l'on manie plus aisément qu'un spéculum, instrument aveugle, dont le bec ne peut être ouvert qu'une fois mis en place.

L'infection, la fétidité des lochies forment un symptôme bien tardif qui imposera la nécessité d'un examen ; il ne faut pas, en effet, se contenter de donner des injections. Davidow cite quatre observations dans lesquelles des lavages, ainsi donnés, se chargeaient, en passant sur la plaie infectée, de germes qu'ils portaient ensuite dans l'utérus.

CHAPITRE IV

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

La déchirure des culs-de-sac peut avoir de sérieuses conséquences pour la suite de l'accouchement et compromettre gravement la vie du fœtus et de la mère. Elle peut aussi entraîner des complications dont il est utile de connaître les principales.

La marche de l'accouchement est, en général, peu influencée, contrairement à ce qui se passe dans les cas de rupture utérine. Cela tient à ce que le vagin est un organe passif.

Si le fœtus est déjà engagé et la déchirure peu étendue, l'accouchement suivra son cours normal ; parfois, s'il s'agit de la rupture d'un obstacle, la progression sera plus facile et plus rapide (Guéniot), à condition, toutefois, que le fœtus soit bien dirigé. Si, au contraire, la déchirure est large, produite au point de pression, et le fœtus dans une position vicieuse, l'évolution est retardée, impossible ou anormale. En effet, une partie de la force utérine est perdue, il lui manque un point d'appui d'autant plus étendu que la déchirure est plus vaste ; de plus, il peut y avoir hernie de la tête ou d'un membre qui peut s'accrocher à une anse intestinale. Le fœtus peut passer entièrement dans la cavité abdominale, ou encore sortir par une voie anormale, le rectum, par exem-

ple. Dans ce cas, l'évolution ne se fera point seule et nécessitera une intervention.

Le fœtus a le plus à souffrir du nouvel état de choses. Non seulement ces difficultés sont venues s'ajouter, évolution plus lente, parfois pelotonnement qui constitue un vrai traumatisme, fausses directions, mais encore il est le plus souvent sacrifié dans l'intérêt de la mère. Si, en effet, la fœtus a retiré quelque profit du perfectionnement des instruments et surtout de la laparotomie, par contre, la tendance actuelle ménage peu son existence et l'embryotomie ou la basiotripsie sont encore, plus souvent que le traumatisme, la cause de sa mort.

Dans les cas bénins, le fœtus s'en tire à bon compte; de même dans les cas plus sérieux où une application de forceps, une version sont possibles. Lorsqu'il est passé en totalité dans l'abdomen, sa mort est très rapide, une intervention plus rapide encore, la laparotomie, peut seule le sauver.

La mère a le plus bénéficié de l'antisepsie et des audaces chirurgicales qui ont considérablement allégé la gravité du pronostic.

Danyau, en 1841, indiquait une moyenne de 4 guérisons sur 17 cas. Déjà Budin en note 6 sur 14. Les progrès sont sensibles. Nous ne possédons pas de statistique récente, mais les chiffres que nous donne M. Bué, dans son ouvrage sur des cas voisins de notre sujet, sont suffisamment éloquents.

Sans partager l'optimisme anticipé d'Hofmeier, on peut dire que le pronostic, bien que toujours réservé même dans les cas d'apparence bénigne, est, d'une façon générale, moins grave qu'on ne pense et surtout qu'il n'était autrefois. Ce pronostic dépend, ainsi d'ailleurs que l'évolution, de l'étendue de la lésion et de ses complications, surtout de l'intégrité du péritoine ou de sa participation au traumatisme. Tout ceci est naturellement subordonné à l'état général de la mère, au terrain.

Les déchirures incomplètes ne présentent rien de particulier et évoluent comme de simples éraillures ou fissures de la muqueuse.

Dans les cas de déchirure complète, le pronostic est variable. Le traumatisme lui-même offre moins de dangers que les complications.

La plaie évolue d'une façon normale ; il peut y avoir réunion immédiate; mais le plus souvent les bords restent légèrement écartés, le fond de la plaie bourgeonne et, si la plaie est régulière, il suffit de quelques jours pour amener la cicatrisation. Telle est la marche ordinaire, mais nous avons signalé une hémorragie perfide, tenace, d'autant plus dangereuse qu'elle n'apparaît parfois qu'après le départ du médecin. Cette hémorragie insidieuse n'offre de réel danger que par sa longue durée. Grâce à l'antisepsie courante, ces plaies, tout en restant une porte ouverte aux agents septiques, s'infectent peu.

Il y a parfois une légère suppuration toute superficielle qui reste cantonnée et ne semble pas influencer grandement la cicatrisation (obs. I), à moins qu'un état général mauvais ou une faute ne vienne compliquer la situation ; nous avons cité les quatre observations de Davidow, un examen attentif permet d'éviter de pareilles erreurs. L'infection peut cependant se cantonner dans le tissu cellulaire lâche, le pus se collecter en abcès ou fuser au loin, former de vastes suppurations pelviennes ou encore provoquer une péritonite par propagation.

Les cas de déchirures compliquées comportent un pronostic grave.

Ils peuvent entraîner la mort subite par shock (obs. Lehmann, loc. cit.). La gravité de l'hémorragie, notamment si l'utérine est blessée, peut entraîner une syncope mortelle;

dans l'obs. de Thibault il y avait inondation péritonéale : le fœtus « nageait dans le sang ».

Une infection suraiguë peut aussi enlever rapidement la malade.

Parmi les complications immédiates, la plus dangereuse et la plus fréquente est la déchirure du péritoine.

Nous avons vu quels étaient les rapports de cette séreuse avec les culs-de-sac, on sait qu'elle est faiblement adhérente à la partie inférieure de l'utérus.

Ces relations ne sont pas sensiblement modifiées par la grossesse, mais la laxité extrême du tissu cellulaire lui permet souvent de fuir le traumatisme.

Les séreuses d'ailleurs offrent toujours une certaine résistance.

Lorsque le péritoine est largement déchiré, envahi par le sang et les liquides fœtaux, il ne faut pas perdre tout espoir. Dans un cas cité par Heyvood Smith, des phénomènes de péritonite suivis de phénomènes typhiques n'empêchèrent pas la guérison, relativement rapide, puisque, trois mois après, la malade allait à la campagne.

Ces cas sont des anomalies auxquelles il serait imprudent de se fier; de nos jours la rapidité de l'intervention peut faire merveille, mais la déchirure du péritoine n'entraîne pas moins un pronostic très grave. On connaît la susceptibilité de la séreuse à l'infection ; cette infection a peu de chances de se localiser, mais se généralisera et emportera la malade en quelques heures ou quelques jours.

Si la lésion est peu étendue, située dans le cul-de-sac de Douglas, le pronostic est moins sombre, car, par sa situation déclive, la plaie formera le trou d'un entonnoir, les formations septiques s'écouleront par ce drainage au fur et à mesure de leur production.

La déchirure peut s'étendre à l'utérus. C'est une compli-

cation grave : les dangers de shock, d'hémorragie et d'infection sont considérablement augmentés.

Les autres complications sont peu graves par elles-mêmes. Elles ne sont réellement sérieuses que par les lésions du péritoine qui les accompagnent souvent et par leur voisinage avec la cavité utérine dans laquelle les matières septiques peuvent pénétrer.

La déchirure peut s'étendre jusqu'à la vulve. Elle peut être circulaire et séparer complètement le vagin de l'utérus, et chaque organe pourra se cicatriser isolément, à moins que l'utérus ne descende plus ou moins dans le vagin, comme un œuf sur son coquetier, et ne permette la formation d'adhérences au-dessus de l'insertion primitive.

L'intestin peut être lésé plus ou moins directement au niveau de l'intestin grêle ou du rectum.

Dans le premier cas, la dernière partie de l'iléon est surtout atteinte. Les anses intestinales peuvent faire hernie dans le vagin, elles sont parfois pincées par le forceps, arrachées ou attirées par erreur. Il peut se produire une véritable hernie étranglée avec sphacèle au niveau de la plaie, chute de la portion d'intestin herniée (1 mètre 50 fut éliminé dans l'observation de Mac-Keener) et formation d'un anus artificiel.

Parfois, la communication s'établit avec l'S iliaque (Bidder).

Mais, la lésion la plus fréquente détruit le cul-de-sac de Douglas, la cloison recto-vaginale et entraîne souvent la formation d'une fistule recto-vaginale ou d'un vaste cloaque.

Les lésions des voies urinaires sont plus variées, peuvent atteindre l'uretère au niveau surtout de l'abouchement de ce conduit avec la vessie ; il s'établira une fistule urétéro-vaginale ou plus souvent urétéro-vésico-vaginale (Obs. de Bandl. *Wiener medic. Wolchenssk,* 1877, p. 771). Il ne faut pas compter, dans ce cas, sur un travail de cicatrisation, le

passage incessant de l'urine y met obstacle. Cette voie pourra porter jusqu'au rein une infection ascendante. Les lésions portent surtout sur la vessie. Sherman (*American journal of the medical sciences,* 1844, t. VII, 2e série, p. 489) cite le cas d'une vessie distendue qui fut prise pour la tête fœtale et ponctionnée avec le perce-membrane. Mais les lésions sont plutôt dues à la compression. Tillaux fait remarquer à ce sujet que c'est toujours sur la cloison vésico-vaginale que porte la gangrène. Dans certains cas, lorsque, par exemple, la vessie distendue par l'urine est retenue en haut, la lésion porte sur l'urètre, il pourra se former une fistule urétro-vaginale ou un cloaque uro-génital (Deroubaix). Il ne faut guère compter non plus sur la guérison spontanée de ces fistules, elles nécessitent, la plupart du temps, plusieurs interventions.

En plus de ces complications rapides, il y a souvent des accidents tardifs, plus ou moins éloignés, que la longueur de la réparation change en infirmités parfois inguérissables.

Les épanchements sanguins peuvent s'enkyster dans le cul-de-sac de Douglas ou dans le tissu cellulaire, donner naissance à des abcès qui s'ouvriront plus tard, créant des trajets fistuleux. Les suppurations pourront fuser, s'étendre dans les ligaments larges. On aura des poussées de pelvi-péritonite à des intervalles plus ou moins éloignés. Les fistules primitives ou secondaires aussi s'enflammeront de temps à autre, il pourra se former des abcès urineux.

Les cicatrisations vicieuses pourront entraîner des sténoses, des déviations utérines (Emmet).

Enfin, des troubles nerveux d'origine réflexe, tels que névralgies pelviennes rebelles, ou paralysies plus directement en rapport avec le traumatisme, troubles urinaires et rutaux, paralysie des membres inférieurs.

Ces diverses complications ont en général une évolution

très lente, ce sont plutôt de véritables infirmités. La malade supportera des accès successifs, fera les frais de suppurations intarissables amenant une cachexie de plus en plus prononcée, jusqu'au jour où une poussée plus forte fera finir tous ses maux.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Le diagnostic une fois établi, quelle doit être la conduite du médecin ? C'est le point pratique et par conséquent important, celui qui mérite l'étude la plus sérieuse, mais aussi qui exige la plus grande compétence.

Le praticien d'autrefois se sentait désarmé devant ces déchirures. Pour peu qu'elles fussent étendues, il les considérait comme étant au-dessus des ressources de son art. Et de fait, le peu de succès que l'on obtenait après les interventions chirurgicales, justifiait l'attitude adoptée. Mais le temps n'est plus où Levret se désespérait et considérait la laparotomie comme impraticable, où Madame Lachapelle la traitait d'affreuse opération.

L'antisepsie, en révolutionnant l'art chirurgical, a fourni de précieuses ressources à l'obstétrique et l'on est devenu d'autant plus audacieux que l'on était resté plus longtemps inactif. La chirurgie s'est imposée à l'obstétrique comme à toutes les branches de la médecine, se rendant indispensable par les services qu'elle rend et ses audacieuses réussites. C'est pour notre époque une incomparable supériorité. Mais son plus grand mérite est peut-être moins d'avoir appliqué un grand principe que d'avoir appris à prévenir le danger et parfois même à le diriger. « Réparer est bien, éviter

est mieux. » Les traumatismes qui nous intéressent comportent un traitement prophylactique. Il commence avec la simple injection et va jusqu'au débridement chirurgical et à la laparotomie.

Ces dernières interventions paraissent mises là par erreur. Elles rentrent cependant dans le cadre de la prophylaxie, puisqu'elles substituent une mesure voulue, surveillée et surtout moins dangereuse, à un traumatisme aveugle dont il est difficile de prévoir l'étendue et les suites. Ces énergiques précautions sont encore prophylactiques en ce sens qu'elles ont souvent pour but de préserver, en même temps que la mère, l'enfant généralement perdu dans les cas graves.

Le traitement prophylactique nécessite la connaissance exacte des causes et de leur mécanisme. Il est spécial à chaque cas et se confond en grande partie avec l'hygiène de la grossesse. Nous n'insistons pas sur l'application de l'antisepsie, c'est la meilleure sauvegarde, sinon contre les déchirures, au moins contre leurs suites fâcheuses. Il ne faut pas cependant abuser des lavages au point de priver le vagin de son enduit visqueux, destiné à favoriser le glissement du fœtus.

Dans le cas d'indocilité de la parturiente, user de douceur et de persuasion, administrer des calmants et au besoin anesthésier. Si les mouvements désordonnés sont sous l'influence d'un état pathologique, faire le traitement approprié.

Dans le cas d'atrésie ou de brides, il faut attendre si elles sont d'origine congénitale ; sinon, tenter la dilatation progressive, faire des incisions préventives (très bons résultats dans l'obs. I. de Brindeau, *loc. cit.*) et s'il y a nécessité, pratiquer la laparotomie.

Dans le cas de tumeur il faut distinguer : s'il s'agit d'un fibrome, on peut réserver une intervention pour le dernier moment ; si l'on se trouve en présence d'un cancer tout est à

craindre, faire la dilatation douce et progressive, n'opérer que lorsqu'il le faut absolument, pratiquer au besoin la laparotomie. Quant aux tumeurs des organes voisins, le traitement varie pour chacune d'elles.

Dans les cas de déviation utérine, faire porter à la femme une ceinture spéciale, repos dans le décubitus horizontal durant tout le travail, corriger la déviation par les attitudes et les manœuvres appropriées à chaque cas.

Dans les cas d'inertie, exciter l'utérus par des malaxations, injections chaudes, des stimulants tels que l'alcool, mais ne jamais donner de l'ergot de seigle, pratiquer la version ou une application de forceps. Dans les contractions trop énergiques modérer les forces expulsives, afin d'éviter la progression trop rapide du fœtus, hâter la dilatation. Dans les cas de contracture totale ou partielle administrer des calmants en potion, injection ou lavement, anesthésier la parturiente, pratiquer des incisions et les diverses manœuvres recommandées en pareil cas.

Appliquer à chaque cas de dystocie son traitement approprié, ponctionner l'hydrocéphalie, l'ascite ; basiotripsie, embryotomie. Corriger chaque présentation vicieuse selon les règles, ne pas s'obstiner à réduire une procidence trop engagée.

Corriger et diriger l'évolution défectueuse ou pénible dans la mesure du possible.

Dans les cas de bassin rétréci, il faut considérer le degré du rétrécissement. Avec un bassin faiblement rétréci attendre, pratiquer la version ou une application de forceps, provoquer au besoin l'accouchement prématuré. Si le bassin est fortement rétréci, on a le choix entre l'avortement provoqué, le forceps, la symphyséotomie et la laparotomie.

Au cours de la version, il ne faut pas oublier de faire la contre-pression abdominale, de ne pas pénétrer brutalement

dans l'utérus, ni s'obstiner à vouloir faire basculer le fœtus s'il y a rétraction utérine, et enfin ne pas précipiter l'extraction, ni tirer avec violence sur les pieds.

Au cours d'une application de forceps attendre la dilatation complète, bien guider sa cuiller, faire une prise symétrique ne laissant pas à nu une portion de lame ou de pointe. Enfin exercer toujours les tractions sans brusquerie et le plus possible dans l'axe de la filière. Après la symphyséotomie tendre le moins possible les tissus rétro-pubiens par l'écartement excessif des branches du pubis; pour l'extraction du fœtus, préférer la version à l'application de forceps et mieux encore laisser agir les contractions utérines.

Règle générale, la meilleure conduite est l'expectative armée. Surveiller, mais intervenir le moins possible, de la façon la moins nuisible et toujours avec circonspection.

Nous ne saurions mieux faire que de renvoyer aux sages préceptes de Bar (loc. cit.) et aux belles conclusions de la thèse d'agrégation de Budin.

Malgré toutes les précautions dont l'accoucheur a pu s'entourer, une déchirure peut se produire. Le médecin peut aussi être appelé trop tard, la déchirure est faite ou inévitable.

La conduite diffère selon le point où en est l'accouchement, selon que le fœtus a été expulsé ou non.

S'il n'a pas encore été expulsé, il peut se trouver dans les voies naturelles ou être passé en partie ou en totalité dans la cavité abdominale. Il faut terminer l'accouchement le plus tôt possible, le plus rapidement possible et selon les moyens les moins dangereux pour le fœtus et surtout pour la mère.

Le fœtus peut être engagé d'une façon normale ou anormale. Dans le premier cas, si le fœtus a franchi le détroit supérieur, on pourra l'extraire rapidement par une application de forceps. S'il est au-dessus, on fera la version ou une appli-

cation de forceps, au besoin la basiotripsie. S'il y a présentation anormale, face, épaule, etc., on tentera la version; si l'état des tissus en permet l'évolution, on appliquera le forceps si la présentation le comporte, sinon, on pourra faire l'embryotomie surtout si le fœtus est mort.

Il faut éviter de laisser la tête décollée dans l'utérus. Celui-ci se referme sur elle, la garde emprisonnée et, quand on arrive à dilater le col, la tête trop mobile fuit devant les instruments ou la main ; elle offre difficilement une prise régulière et, par toutes les manœuvres que nécessite sa préhension, expose à de nouvelles déchirures.

Si la déchirure a des dimensions suffisantes, le fœtus peut passer en partie ou en totalité hors de la filière, tantôt dans la cavité péritonéale, tantôt dans le rectum par où se sont parfois terminés certains accouchements. Bien que l'on ait cité des cas dans lesquels le fœtus fut éliminé quelques jours après sans suite fâcheuse pour la mère (6 heures dans l'observation de Frommel), il est urgent d'intervenir. Si le fœtus n'est que peu engagé dans la déchirure, on l'extrait par simple traction ou application de forceps ; mais il ne faut pas insister outre mesure, bien que le vagin ne se rétracte pas comme l'utérus ; on s'expose à agrandir la solution de continuité et tirer au dehors des anses intestinales. Il vaut mieux avoirs recours à une opération mutilatrice ou plutôt à la laparotomie dont nous verrons plus loin les avantages. Nous n'en sommes plus au temps où Madame Lachapelle (Dubois aussi d'ailleurs) conseillait plutôt l'agrandissement de la plaie.

Lorsque le fœtus est extrait, il faut procéder rapidement à la délivrance artificielle. Parfois le placenta est passé par la déchirure dans la cavité péritonéale ; il sera extrait comme le fœtus par la laparotomie, car il faut se hâter de soigner l'état général de la femme. Le traitement symptomatique est

le plus urgent. On y aura recours le plus tôt possible. Il faut remonter l'état général de la femme : injection de sérum, d'éther, de caféine, excitants, chaleur, etc.

Il faut employer tous les moyens propres à enrayer l'hémorragie : immobilité horizontale, injection d'ergotine, de sérum gélatiné, chlorure de calcium, abaissement de l'utérus, compression abdominale, de l'aorte même, afin de donner le temps de placer une longue pince à demeure, de tamponner ou suturer, quitte à relâcher après, au besoin pratiquer la laparotomie suivie de l'hystérectomie.

On conseillait autrefois de rapprocher les cuisses afin d'arrêter l'hémorragie, c'est un crime (Brindeau, *loc. cit.*) ; l'hémorragie persiste et, lorsqu'elle a atteint une pression suffisante, fuse dans les tissus cellulaires lâches voisins. On donnait aussi au siège une position élevée ; en vertu des lois de la pesanteur, le sang s'amasse encore dans le vagin et fuse tout autour.

Dans le cas où il y a hernie intestinale par la plaie, il faudra agir avec prudence, réduire doucement et non sans avoir examiné si l'intestin n'a pas été blessé ou si la compression prolongée ou violente n'entraîne pas un point de gangrène ; ce serait introduire l'infection même dans le péritoine. Dans le cas où la réduction n'est pas possible, on pourra, selon les circonstances, débrider légèrement la plaie, opérer la réduction par voie abdominale ou se résigner à la formation d'un anus vaginal.

Quel sera le traitement de la plaie elle-même ? Il varie naturellement avec l'étendue de la lésion.

Une déchirure incomplète n'exige aucune conduite particulière, elle sera traitée comme peuvent l'être les érosions, les fissures de la muqueuse. On se contentera de faire de l'antisepsie et un tamponnement léger.

Les déchirures complètes prêtent à des considérations

plus intéressantes. Dans le cas que nous avons pu observer, le docteur Casse se considéra comme étant en présence du premier temps d'une hystérectomie vaginale faite dans des conditions d'asepsie douteuse. Le manque de sécurité dans l'asepsie du milieu dicte la conduite à tenir : antisepsie locale énergique, abstention de lavage et de suture, drainage et tamponnement.

L'antisepsie locale sera faite par des attouchements à la teinture d'iode, glycérine créosotée au 1/3 ou tout autre antiseptique puissant, afin de débarrasser la plaie des germes qui pourraient l'avoir envahie.

Il faut s'abstenir de lavages. Ils ont, d'ailleurs, perdu de leur vogue, malgré l'opinion de Tarnier. Dans le cas qui nous occupe, ils auraient de sérieux inconvénients. Même à faible pression, les liquides peuvent décoller le tissu paramétrique excessivement lâche, s'infiltrer dans ses mailles et n'en pas ressortir, créant ainsi de nouvelles cavités, où le pus, s'il s'en forme, pourra s'amasser et d'où il sera difficile à déloger. Les lavages et injections sont aussi très souvent le véhicule de microbes, d'agents septiques de toute espèce apportés par le liquide lui-même ou pris au passage dans le vagin. Ces agents se répandent avec l'eau dans les mailles du tissu cellulaire et n'en ressortent plus ; les lavages suivants ont même des tendances à les pousser plus loin, de même que la mer apporte sur le rivage des algues et des débris qu'elle ne ramène pas en se retirant. L'infection de l'urètre postérieur par les injections dans les cas de blennorragie en est aussi une preuve bien nette.

Les lavages, d'ailleurs, retardent la cicatrisation. Une cautérisation bien faite est préférable. Nous voyons ici dans le mot cautérisation l'action antiseptique très localisée et dont le médecin est maître.

D'après Freund, toute déchirure du vagin doit être suturée

immédiatement. C'est exagéré ; ce qui est peut-être vrai pour une partie quelconque du vagin ne l'est pas pour les culs-de-sac. Le but de la suture est de rapprocher les lèvres de la plaie pour en permettre la soudure. Mais, les culs-de-sac participent légèrement à la rétraction grâce à l'hypertrophie de leurs fibres musculaires, les bords de la plaie ne sont pas très écartés, et, d'ailleurs, le poids de l'utérus et des organes génitaux tend à les rapprocher.

La suture est à peu près impraticable ou n'aboutit souvent qu'a des hémorragies presque aussi sérieuses que celles que l'on veut arrêter. Il faut, pour suturer, saisir le col avec une pince, l'attirer et le fixer, mais on a peu de prise sur ces tissus œdématiés, congestionnés et très friables, la pince les écrase, les déchire et lâche ; on attire des morceaux de col, c'est du vrai carton mouillé, selon l'expression de M. le professeur Forgue ; les fils lâcheraient aussi. Le canal utéro-vaginal subit, d'ailleurs, après l'accouchement, une régression physiologique et se cicatrise très bien ; on pourra suturer après la disparition de l'œdème si la plaie ne se réunit pas d'elle-même.

La suture immédiate doit donc être rejetée à cause de ses difficultés et de ses dangers. Nul, en effet, ne peut affirmer que la plaie n'est ou ne sera pas infectée ; il vaut toujours mieux la considérer comme telle. Suturer, ce serait fermer l'issue vaginale, enfermer le loup dans la bergerie (Brindeau).

Drainer largement la plaie après écouvillonnage sérieux et cautérisation, ne pas laisser cicatriser l'orifice vaginal avant que le fond de la plaie ne soit comblé ; on fera ensuite le tamponnement du vagin à la gaze iodoformée, qui joindra à ses avantages antiseptiques et absorbants celui de distendre légèrement les culs-de-sac et d'empêcher que la cicatrisation ne rétrécisse trop le vagin. Le tamponnement est, de plus, un traitement facile, à la portée de tous. On choisira, selon

les circonstances, entre le tamponnement à la Tarnier et le tamponnement à la Dührsen. Le premier est cervico-vaginal et sera suffisant si l'utérus est bien rétracté ; on pratique le second, utéro-vaginal, si l'utérus est mou, afin qu'il n'y ait pas rétention du sang au-dessus des gazes et assurer l'hémostase. La gaze sera humide pour éviter la condensation que lui fait subir, quand elle a été introduite sèche, l'imprégnation du sang et sa coagulation. Le tamponnement ne sera pas laissé en place plus de six heures.

Dans les cas de déchirure compliquée, la participation du péritoine à l'accident ou son intégrité constituent une différence capitale au point de vue du traitement.

Dans le premier cas, si la plaie est peu étendue mais suffisante pour assurer le drainage de la cavité, on pourra s'en tenir à la conduite précédente ; mais est-on jamais sûr que la lésion du péritoine se borne à ce que l'on voit ? il peut exister de vastes décollements, des traumatismes très étendus dont on ne peut se rendre compte, et c'est en se basant sur ces dangers que Weiss et Schull conseillent la laparatomie.

Quelle que soit la dimension de la plaie, il faudra, avec plus de raison encore, dans le cas de déchirure incomplète, s'abstenir de lavage ou d'injection. Le péritoine peut être souillé par le sang ou le liquide amniotique, mais on peut espérer que ces liquides sont aseptiques et qu'il les supportera mieux que le liquide apporté. Il faudra éviter aussi les antiseptiques ; on sait avec quelle facilité ils sont absorbés par la séreuse, et les phénomènes d'intoxication qu'ils peuvent provoquer.

Il n'y a d'ailleurs qu'un traitement rationnel, c'est la laparotomie suivie ou non d'hystérectomie.

La laparotomie n'est pas une opération nouvelle, malgré les doutes de Levret. En 1768, Thibault lui dut le premier succès dans un cas de rupture utérine au passage du fœtus

dans l'abdomen. De nos jours, grâce au perfectionnement des méthodes et des instruments dont il dispose, il n'est plus permis au chirurgien de rester inactif.

Les avantages de cette intervention sont considérables ; si elle ajoute un nouveau traumatisme, sérieux il faut en convenir, elle permet dans certains cas de sauver l'enfant passé dans l'abdomen de la mère et de retirer les annexes quand ils ont suivi le fœtus. C'est aussi une vue intérieure qui permet de constater d'une façon sûre l'étendue des lésions, c'est une voie excessivement commode pour les interventions telles que : hémostase, réduction de l'intestin hernié, nettoyage complet de la cavité du sang et liquide amniotique qui, primitivement aseptique, sont tout de même de bons milieux de culture. Par contre, nous ne croyons pas aux avantages du drainage abdominal ; d'après les lois de la pesanteur, le drainage vaginal nous paraît plus logique et plus efficace.

Enfin, à la laparotomie on a joint l'hystérectomie proposée par Fehling en 1895, pratiquée par Neugebauer, Dührsen, Winter, qui en obtiennent de grands succès. H. Spencer, Hermann, la préfèrent à l'hystérotomie, c'est aussi la tendance générale.

Lorsque la malade ou son entourage se refuse à toute intervention ou est trop faible pour la supporter, il faut rafraîchir les lèvres de la plaie, exciser les parties déchirées qui pourraient se sphacéler, placer quelques points de suture disséminés qui, tout en permettant un large drainage, établissent des points de contact et empêchent la cicatrisation isolée. Soigner l'état général.

Si l'on constate les premiers symptômes d'infection, il ne faut pas perdre tout espoir, une prompte intervention sauve souvent la malade. Nous avons déjà cité le cas de Heybood Smith, nous pouvons y joindre celui ou Græfe sauva une

femme qui présentait déjà des symptômes très nets de péritonite.

Au bout de quelques jours, les bourgeons charnus sont suffisamment résistants, la plaie péritonéale s'est fermée par des adhérences ; on pourra faire alors des lavages au sublimé ou mieux phéniqués faibles, on ne courra plus les mêmes risques et l'on bénéficiera de l'action antiseptique et modificatrice de ces solutions.

Dans les cas compliqués de plaie utérine, la laparotomie avec hystérectomie est encore le traitement de choix.

Les autres complications qui ne communiquent pas avec le péritoine sont de moindre importance. Il faudra constiper la malade, diminuer la quantité d'urine, créer des dérivatifs, faire le tamponnement de l'utérus pour le fermer à l'infection, suturer immédiatement la plaie ou la fistule, sinon, faire de grands lavages fréquents et prolongés pour balayer les agents infectieux constamment apportés par la vessie lorsqu'elle est infectée, le rectum et les glandes du vagin, véritables nids à microbes.

Les diverses fistules de ces régions étaient considérées autrefois comme inguérissables, des infirmités, et l'on se félicitait lorsque la nature s'était elle-même chargée du soin de les fermer. De nos jours, les procédés ne manquent pas, mais ils ne sauraient entrer dans le cadre de ce travail ; les ouvrages classiques traitent ces sujets avec trop de compétence pour que nous en parlions ici.

CONCLUSIONS

Un chapitre de pathologie est à lui-même ses propres conclusions ; nous avons cependant noté quelques points particulièrement importants sur lesquels nous désirons retenir l'attention.

1° Les déchirures des culs-de-sac du vagin au cours des accouchements ont leur existence propre. Elles sont indépendantes des déchirures de la vulve et du col de l'utérus avec lesquelles elles sont trop souvent confondues. Leur importance exige au contraire une étude à part.

2° Elles sont plus fréquentes qu'on ne croit, mais passent souvent inaperçues parce que l'on pense peu à les rechercher et que leurs complications sont facilement attribuées à d'autres causes.

3° Elles sont favorisées par des causes prédisposantes, tenant surtout à l'état des parties molles et du bassin, produites par des causes efficientes qui sont spontanées (maternelles, fœtales) ou traumatiques (dues à l'intervention de l'accoucheur).

Les principales causes prédisposantes sont : lésions inflammatoires ou néoplasiques, déviations utérines, toutes les causes d'intervention.

Les principales causes efficientes sont : fausses routes d'instruments, interventions maladroites manuelles ou instrumentales.

4° Elles sont incomplètes ou complètes selon qu'elles atteignent une partie ou toute l'épaisseur du conduit vaginal, et compliquées si elles s'accompagnent de lésions d'un organe voisin.

5° Elles peuvent atteindre tous les culs-de-sac, mais la grande majorité des cas porte sur le cul-de-sac postérieur qui, par sa nature et sa situation, est le plus exposé.

6° Il n'y a pas de symptômes pathognomoniques des déchirures des culs-de-sac, et le diagnostic ne peut être certain que basé sur les constatations fournies par un examen direct, le toucher et la vue.

7° Le pronostic est généralement favorable et dépend surtout des complications. Il peut y avoir mort subite par shock, mort rapide par hémorragie, infection péritonéale ou utérine.

8° Ces traumatismes sont souvent l'origine de nombreux abcès rétro-utérins, de fistules à apparitions tardives, auxquelles on ne sait souvent attribuer une cause certaine.

9° L'accoucheur doit avoir présente à l'esprit la possibilité de ces lésions, et diriger dans ce sens l'examen des parties molles après tout accouchement laborieux ou ayant nécessité des manœuvres délicates, et surtout lorsqu'il voit persister une hémorragie longtemps après l'accouchement.

10° Ces accidents peuvent être évités par un traitement phophylactique spécial à chaque cas. On peut prévenir ces déchirures ou les diriger. Une fois produites, il faut délivrer rapidement la parturiente, au besoin par la laparotomie,

pratiquer la délivrance artificielle et soigner les symptômes inquiétants. La déchirure elle-même sera traitée par la cautérisation, drainage et tamponnement si elle est peu étendue, par la laparotomie suivie ou non de l'hystérectomie si elle est vaste ou compliquée. Il faut être sobre de lavages, surtout antiseptiques.

Ne pas insister sur la suture, plus dangereuse qu'utile.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 10 juin 1903.
Le Recteur :
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 9 juin 1903
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

ARDOUIN. — Déchirures vagino-périnéales. Th. Paris, 1889.
AUXARD. — Traité pratique d'accouchement, 1898.
BANDL. — Uber ruptur der Gebermutter und ihre Meckanik. Wien, 1875.
— Wiener medic Woch., 1877.
BAR. — La symphyséotomie. *L'Obstétrique*. Paris, juillet, 1899.
BARBANT. — Cours d'accouchement. T. II.
BARNES. — Lectures on obstetric operations, 1876.
BARNABY et MERCIER. — *L'Obstétrique*, Paris, 1900.
BARTELS (M.). — Arch. für Gynœkologie. Bd. III, 1872.
BAUDELOCQUE. — Elytrotomie et section du vagin, 1844.
BIDDER. — Arrachement du vagin pendant le travail (*Centr. für Gynoek.* 21 janvier 1893).
BIRKETT.— Chirurgia, de Holmes, 1870.
BOER. — Traduit par Desgranges (*Arch. génér. de méd.*, nov. 1827).
BOURSIER. — Précis de gynécologie, 1903.
BRINDEAU (A.). — De l'atrésie acquise du vagin au point de vue obstétrical. *L'Obstétrique*. Paris, mars 1901.
BUDIN (P.). — Les lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels (Thèse d'agrégation, 1878).
— Voir Tarnier.
BUÉ (V.).— Hystérotomie et hystérectomie en obstétrique. Paris, 1903.
CHARPENTIER. — Traité d'accouchement, t. II. Déchirures du vagin.
CHRISTINI. — Thèse, an XII.
COFFINIÈRES. — Mémoire sur la rupture du vagin dans l'accouchement laborieux (*Recueil périod. de la Soc. de méd. de Paris*, t. VI, an VII).

COMMANDEUR (F.). — Topographie des culs-de-sac vaginaux. Thèse Lyon, 1894.

DEPAUL. — *Bulletin de la Clinique*, janvier 1863. Dictionnaire, art. : *Bassin*.

DEVILLEZ. — Des ruptures de l'utérus et de la partie supérieure du vagin résultant des manœuvres obstétricales. Th. Paris, 1869.

DUNCAN. — Mécanisme de l'accouchement.

DUPARCQUE. — Maladies de la matrice, 1839.

DUPUYTREN. — *Journal Universel*, 1826.

EMMET. — Pratique des maladies des femmes. Traduct. française, 1887.

EVERKE. — Berlin. Klin. Woch. 1896.

FREUND. — Die Verletzungen der Scheide und des Dammes.

GALABIN. — Obstetrical transactions of London, 1876.

GIRAUD. — Dictionnaire en 60 volumes.

GUÉNIOT. — Des rétrécissements cicatriciels du vagin. *Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie*, mars 1886.

GUÉRIN-VALMALE (Ch.). — Difficultés de la version podalique interne. Th. Montpellier, 1897.

HEINE. — Arch. für Klin. chir., 1869.

HOFMEIER. — Contribution à l'étude des bassins à saillies tranchantes. *Zeitschrift für Geburtsh und Gynœkologie*, 1884.

HUBERT (E.). — Accouchement et déontologie médicale. Louvain, 1892.

INGLEBY. — *London medical depositary*.

IWANOW (A.-J.). — *Centralbl. f. Gynæk*, janvier 1899.

JOHNSTON and SINCLAIR. — Pratical midwifery. London, 1858.

LABICHE (F.), LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie, 1901.

LACHAPELLE (Mme). — Pratique des accouchements. T. I et III.

LEHMANN. — Ein Beitrag für Lehre über die Rupturen des Uterus und der Vagina monaftricht für Geburstshunde.

LEVRET. — Art des accouchements.

LUDWIG. — Uber Scheidengewölherisse bei der Geburt. Wiener Klinische Wochenschrift, 1901.

MARTEL. — Archives de tocologie, 1877. Perforation du vagin.

MONDIÈRE. — Mémoire sur la rupture du vagin et de la matrice pendant la grossesse et l'accouchement (*Revue médicale*, 1836).

MONOD et VAUVERTS (J.). — Traité de technique opératoire, 1902.

MOREL. — Ruptures et perforations de la partie postérieure du vagin. Th. Paris, 1897.

PAJOT. — Extrait des leçons faites à la Faculté. *Gazette obstétricale*, juillet 1875.

PETIT. — Anus contre nature iléo-vaginal. *Annales de Gynéc.*, 1882-85.

— *Bulletin de la Société anatomique*, juillet, 1875.

PINARD. — Clinique obstétricale. Statistique. 1899.

POIRIER. — Traité d'anatomie, Paris, 1901.

POZZI. — Traité de gynécologie, 1890.

PUECH et GUÉRIN-VALMALE. — *Montpellier Médical*, décembre 1898.

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique, 1900.

RICHELOT. — Chirurgie de l'utérus, du vagin et de la vulve, 1902.

RIOLAN. — Histoire de l'Académie des sciences, 1712.

ROQUES. — De la céphalotomie. Th. Paris, 1872.

ROSS. — Cité par Burns *in* Traité d'accouchement.

— *American journal of obstetric*, avril 1898.

SALLÉ. — Des déchirures du vagin se produisant pendant le travail de l'accouchement Th. Paris, 1893.

SCHNEIDER. — *Arch. für Gynœkologie*, Band XXII, Helft 2.

SCHŒFFER. — Atlas manuel d'obstétrique, édition française de J. Potocki, 1901.

SMITH. — Medic. chir. transact., 1827.

TARNIER. — De l'asepsie et antisepsie en obstétrique, 1894.

— Les maladies de la grossesse.

TARNIER, BUDIN et CHANTREUIL. — Traité de l'art des accouchements, 1898-1901.

TESTUT. — Traité d'anatomie humaine.

THIBAULT. — *Ancien journal de médecine*, t. I, nov. 1753.

THIRIAR. — *Presse médicale belge*. Bruxelles, 1880.

TILLAUX. — Anatomie topographique.

VAN DER WIELL. — Observationes rariores anatomic., medic., chirurgic. Leyde, 1687.

VEIT. — Berlin Handbach der Gedertshülse in müller. Band, 1889.

VELPEAU. — Tocologie, t. II. Traité d'obstétrique, t. II.

WARMANN. — *Centralbl. f. gynæk.*, juin 1897.

WEISS et SCHUHL. — Quelques réflexions à propos de deux cas de rupture spontanée de l'utérus et leur traitement chirurgical, in *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*. Paris, avril 1900.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !